UNIS dans TOUS les SENS

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2012-2013

pour S'ÉPAULER

pour VOIR LOIN

pour S'ALIMENTER

pour TENDRE L'OREILLE

pour AVOIR DU FLAIR

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Mauricie
et du Centre-du-Québec

Québec

RAPPORT
ANNUEL DE GESTION
2012-2013

Conception
Pop grenade

Coordination et adaptation des textes
Geneviève Blain

Contribution
Nous tenons à remercier le personnel des différentes directions de l'Agence qui a contribué à la production de ce document.

Correction et secrétariat
Odile Raiche
Isabelle Houde

Dépôt légal – 2013
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN version imprimée : 978-2-89340-288-8
ISBN version PDF : 978-289340-287-1

Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et désigne tant les femmes que les hommes.

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Document disponible sur le site Internet de l'Agence
WWW.AGENCESSS04.QC.CA

RÉSOLUTION

Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Québec

EXTRAIT DE PROCÈS-VERBAL

81e séance extraordinaire du conseil d'administration
Jeudi 19 septembre 2013 – 8 h 30 – Conférence téléphonique
Article : CAA-81-04

RÉSOLUTION CAA-2013-28

Adoption du *Rapport annuel de gestion 2012-2013* de l'Agence

---

CONSIDÉRANT les articles 340, 385.7 et 391 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux exigeant que les agences déposent, au plus tard le 30 septembre de chaque année, un rapport de gestion portant sur l'année se terminant le 31 mars précédent et précisant les éléments devant figurer dans ce rapport;

CONSIDÉRANT l'analyse du *Rapport annuel de gestion 2012-2013* de l'Agence par un auditeur externe;

CONSIDÉRANT la présentation du *Rapport annuel de gestion 2012-2013* lors de la présente séance et son examen par les membres du conseil d'administration de l'Agence;

SUR PROPOSITION DÛMENT APPUYÉE, IL EST RÉSOLU :

1. d'adopter le *Rapport annuel de gestion 2012-2013* de l'Agence;
2. de demander au président-directeur général de déposer au conseil d'administration de l'Agence un rapport de suivi de gestion unique suivant le dépôt du *Rapport annuel de gestion 2012-2013* à l'Assemblée nationale;
3. de transmettre une motion de félicitations à l'endroit du personnel de l'Agence qui a travaillé à sa réalisation.

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

Copie certifiée conforme

SCEAU OFFICIEL AGENCE

Fait à Trois-Rivières
Le 20 septembre 2013

Le secrétaire du conseil d'administration,

Gaétan Lamy
Président-directeur général

INTRODUCTION

Chaque année, le conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux doit informer la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec et rendre compte à l'Assemblée nationale du degré d'atteinte des résultats en lien avec les objectifs prévus au plan stratégique et à l'entente de gestion et d'imputabilité convenue avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Le rapport annuel de gestion vise ainsi à présenter l'information relative à l'atteinte des résultats quant à l'accessibilité aux services, à la qualité des services et à l'ajustement aux transformations.

Le lecteur retrouvera donc dans ce document :

- un portrait du territoire et du réseau régional de la santé et des services sociaux;
- une présentation des résultats significatifs atteints en cours d'exercice au regard de certaines responsabilités portées par l'Agence;
- une description des résultats obtenus en 2012-2013 relativement aux dossiers prioritaires de l'Agence et du réseau régional, suivant les objectifs poursuivis dans le cadre de la mise en œuvre du Plan stratégique 2010-2015;
- une synthèse des états financiers de l'Agence, un état de l'évolution de la situation financière du réseau et de la gestion du Programme de soutien aux organismes communautaires;
- la reddition de comptes relative à l'entente de gestion et d'imputabilité convenue entre l'Agence et le MSSS en 2012-2013.

En somme, le rapport annuel de gestion de l'Agence vise à répondre aux exigences des articles 340, 385.7 et 391 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) en présentant les informations requises par la Loi ou par le ministre.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ACRONYMES 9

MOT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL ET DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 11

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS 13

SECTION 1 : PORTRAIT DU TERRITOIRE ET DE L'AGENCE 15

LA RÉGION SOCIOSANITAIRE DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC 15
Le territoire et la population de la région 15
Les caractéristiques socioéconomiques 16
Les habitudes de vie et les facteurs de risque 17
Les problèmes de santé 17
Les problèmes de santé mentale 18
L'espérance de vie et la mortalité 18
Le réseau régional de la santé et des services sociaux 20

L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC 26
La mission 26
L'organisation 26
Le conseil d'administration 30
Les instances consultatives au conseil d'administration 34
Les instances consultatives à la Présidence-direction générale 37
La qualité et la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux 40
Les services préhospitaliers d'urgence 43
La santé publique 43
La coordination intersectorielle 47
Les mécanismes d'information et de consultation de la population 49

LE PROJET RÉGIONAL 50
La mise en œuvre de la planification stratégique 50
La stratégie régionale d'optimisation 52

SECTION 2 : PLAN D'ACTION RÉGIONAL 2011-2013 : ÉTAT D'AVANCEMENT 53

1re PROJET INTÉGRATEUR : LA PRÉVENTION ET LA GESTION INTÉGRÉE DES MALADIES CHRONIQUES 53
Action intersectorielle sur les principaux déterminants de la santé 54
Intégration de la prévention-promotion dans le continuum de services 54
Harmonisation, hiérarchisation et intégration des services 55

2e PROJET INTÉGRATEUR : LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN RÉGIONAL 2010-2015 SUR LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION 57
Intégration de la prévention-promotion dans le continuum de services 57
Harmonisation, hiérarchisation et intégration des services 58

OBJECTIFS COMMUNS AUX PROJETS INTÉGRATEURS MALADIES CHRONIQUES ET VIEILLISSEMENT *60*
Accès à des services médicaux de première ligne dans une approche intégrée et interdisciplinaire 60
Harmonisation, hiérarchisation et intégration des services 62
Évaluation de la performance du réseau 63

3e PROJET INTÉGRATEUR : LES RESSOURCES HUMAINES *64*
Mobiliser les ressources humaines et reconnaître leur contribution 64
S'assurer de la disponibilité de la main-d'œuvre requise pour la pérennité de l'offre de service 64
Optimiser l'utilisation des ressources 64
Optimisation de l'utilisation des ressources 65
Qualité de vie au travail 65
Développement des ressources humaines 66
Planification de la main-d'œuvre 67

PRIORITÉS ET PLANS D'ACTION – PARACHÈVEMENT *70*
Développement des communautés locales 70
Accès à des services médicaux de première ligne dans une approche intégrée et interdisciplinaire 70
Accès aux services diagnostiques et médicaux spécialisés 71
Intégration de la promotion-prévention dans le continuum de services 72
Harmonisation, hiérarchisation et intégration des services 74
Consolidation de notre culture réseau 79
Intégration et circulation d'information clinique et de gestion 80
Optimisation de l'utilisation des ressources 80
Meilleures pratiques cliniques et de gestion 81
Innovation et transfert des connaissances 82
Gestion des risques 82

SECTION 3 : LA GESTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES *85*

LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES *85*
La gestion du Programme de soutien aux organismes communautaires 85
L'augmentation du budget destiné aux organismes communautaires 88
Les données financières des organismes communautaires 90

LA SITUATION FINANCIÈRE DU RÉSEAU *100*
Le bilan d'application de la Loi mettant en oeuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette 100
Les autorisations d'emprunt accordées aux établissements 101
Les données financières des établissements 102

LES ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE *103*
Le rapport de la direction 103
Le rapport des vérificateurs sur les états financiers condensés 104
Les états financiers 106

SECTION 4 : LE BILAN DE SUIVI DE GESTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ À LA FIN DE LA TREIZIÈME PÉRIODE FINANCIÈRE 2012-2013 *131*

ANNEXE A : CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE APPLICABLE AUX MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC *165*

LISTE DES ACRONYMES

AC	Agrement Canada
AMDE	Analyse des modes de défaillance et de leurs effets
AMP	Activité médicale particulière
AVC	Accident vasculaire cérébral
CALACS	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CCS	Centre de communication santé
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CLSC	Centre local des services communautaires
CQA	Conseil québécois d'agrément
CRDG	Comité régional des directeurs généraux
CRDITED MCQ – IU	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire
CRÉ	Conférence régionale des élus
CRSP	Comité régional des services pharmaceutiques
CSSS	Centre de santé de services sociaux
CSST	Commission de santé et de sécurité au travail
DACD	Diarrhée associée au *C. difficile*
DI-TED	Déficience intellectuelle – trouble envahissant du développement
DMS	Durée moyenne de séjour
DNU	Direction nationale des urgences
DP	Déficience physique
DPE	Dossier patient électronique
DRMG	Département régional de médecine générale
DSP	Direction de santé publique
ETC	Équivalent temps complet
GACO	Guichet d'accès pour les clientèles orphelines
GMF	Groupe de médecine de famille
HTA	Hypertension artérielle
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPO	Infirmière pivot en oncologie
IPS-SPL	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
IRSS	Interdisciplinaire de recherche et d'intervention dans les services de santé
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang

LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PALSP	Plan d'action local de santé publique
PAR	Progiciels administratifs régionaux
PARSP	Plan d'action régional de santé publique
PASM	Plan d'action en santé mentale
PCP	Pratique clinique préventive
PEMU	Plan d'effectifs médicaux universitaires
PMO	Planification de la main d'œuvre
PNSP	Programme national de santé publique
PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
PSRRI	Plan stratégique régional des ressources informationnelles
RCR	Réanimation cardiorespiratoire
RI	Ressource intermédiaire
RLS	Réseau local de services
RNI	Ressource non institutionnelle
RPA	Résidence privée pour aînés
RSIPA	Réseau de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie
RTF	Ressource de type familial
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SAD	Soutien à domicile
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SARDM	Systèmes automatisés et robotisés pour la distribution de médicaments
SIV	Soutien d'intensité variable
SOC	Soutien aux organismes communautaires
SRSIS	Service régional Info-Santé/Info-Social
TGC	Trouble grave du comportement
TRCDMS	Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée
UMF	Unité de médecine familiale
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières

MOT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL ET DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Nous sommes fiers de présenter dans ce rapport un portrait des principales réalisations de la dernière année. Vous constaterez qu'elles sont à l'image de ce qui caractérise notre organisation et notre réseau régional, soit la rigueur, la performance, l'engagement, l'innovation, la collaboration et la vision.

Ces réalisations se sont concrétisées sous notre modèle de gouvernance régionale qu'on se plaît à résumer ainsi : « On ne prend plus de décision pour les autres, sans les autres. »

La dernière année a été teintée par les trois projets intégrateurs identifiés par notre région au Plan d'action régional 2011-2013, soit les maladies chroniques, le vieillissement de la population et les ressources humaines. Sans être exhaustif, notons quelques exemples d'actions.

- La mise en ligne d'un nouveau site Internet *Atlas des inégalités de santé et de bien-être de la Mauricie et du Centre-du-Québec* afin d'adapter l'offre de service aux besoins de la population de chacun des territoires.
- L'élaboration du premier Plan d'action régional contre la maltraitance des aînés, en partenariat avec les organismes de soutien aux aînés.
- La confirmation de l'unité de médecine familiale (UMF) à Drummondville qui accueille ses premiers étudiants en juillet 2013.

Par ailleurs, comme en a témoigné l'Agence lors de son audition à la Commission de la santé et des services sociaux de l'Assemblée nationale en janvier 2013, d'autres réalisations ont vu le jour en 2012-2013, notamment :

- La désignation d'un consortium régional en douleur chronique, formé du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Trois-Rivières et du Centre de réadaptation InterVal.
- La mise à jour des orientations régionales sur les services de première ligne en santé mentale adulte.
- La réalisation du Grand forum de la prévention du suicide à Trois-Rivières en septembre 2012, avec tous les partenaires de la province impliqués.
- Plusieurs projets d'organisation du travail et d'optimisation innovants qui ont permis à notre réseau de revoir ses façons de faire et de constamment s'améliorer.
- La campagne régionale de prévention contre le monoxyde de carbone.
- La campagne régionale sur l'hypersexualisation en collaboration avec le CALACS de Trois-Rivières.

De plus, au-delà des actions et projets, nous ne saurions passer sous silence les bons coups du réseau mentionnés par le conseil d'administration au cours de l'exercice.

- Les gains obtenus par la révision des mesures de prévention et de contrôle des infections nosocomiales au CSSS Drummond.

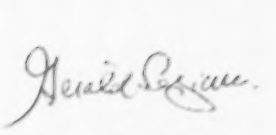
- La certification Milieu Novateur du CSSS de Maskinongé par le Conseil québécois d'agrément, ce qui en fait le premier au Québec.
- La participation régionale à la création d'une communauté de pratique en révision de processus.
- Le succès du CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable dans le cadre de la mise en place du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal.
- L'organisation de la 2e édition du Colloque international LEAN de la santé et des services sociaux par le CSSS de l'Énergie.

Soulignons par ailleurs qu'encore une fois cette année, les projets portés par des établissements et organismes communautaires de la région se sont démarqués dans le cadre des prix d'excellence...

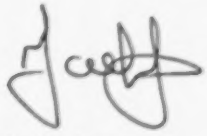
- Deux finalistes : le Centre de réadaptation InterVal et Moisson Mauricie / Centre-du-Québec.
- Un lauréat : Moisson Mauricie / Centre-du-Québec.
- Une mention spéciale « Coup de coeur » : *Équipe itinérance de Trois-Rivières* qui implique quatre partenaires (Centre de réadaptation en dépendance Domrémy-de-la-Mauricie–Centre-du-Québec, CSSS de Trois-Rivières, Point de rue et l'Agence de la santé et des services sociaux de la région).

Enfin, malgré une période budgétaire exigeante, il est important de souligner que tous les établissements travaillent fort pour maintenir un budget en équilibre. Ils s'assurent d'une saine gestion des fonds publics tout en maintenant des services de très grande qualité. Pour cela, nous tenons à témoigner notre reconnaissance du travail des employés, des gestionnaires et de toutes les personnes qui œuvrent à l'Agence, dans les établissements de même que chez nos partenaires. Ils constituent le cœur de toutes les réalisations et notre confiance en l'avenir.

MERCI!



Gérald Lapierre
Président du conseil d'administration



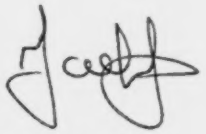
Gaétan Lamy
Président-directeur général

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de soutenir la présente déclaration. De plus, je me suis assuré que des travaux ont été réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, spécifiquement au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, l'information présentée dans le Rapport annuel de gestion 2012-2013 de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec ainsi que les contrôles y afférant sont fiables et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2013.



Gaétan Lamy
Président-directeur général

PORTRAIT
DU TERRITOIRE ET DE L'AGENCE

Section 1

LA RÉGION SOCIOSANITAIRE DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC

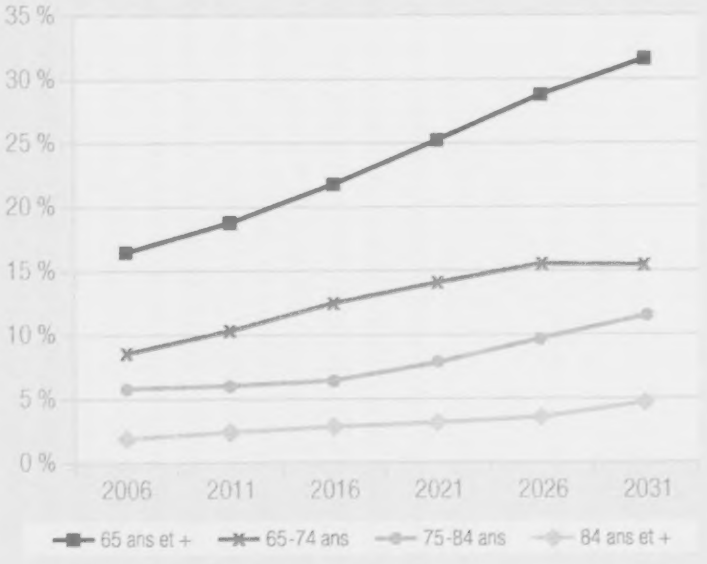
LE TERRITOIRE ET LA POPULATION DE LA RÉGION

- Vaste territoire de près de 45 000 km^2.
- La cinquième région sociosanitaire la plus peuplée au Québec.
- La population estimée pour l'année 2012 est de 499 276 personnes :

  Sur ce nombre, 18 % ont moins de 18 ans, 63 % ont entre 18 et 64 ans et 19 % sont âgées de 65 ans et plus. Ce dernier pourcentage est supérieur à celui du Québec (16 %).

  Une population de personnes âgées quasiment appelée à doubler d'ici 2031 pour passer de 96 674 à 166 196 individus. Les personnes âgées représenteront alors 32 % de la population régionale (26 % pour le Québec).

Pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus selon certaines catégories d'âge, Mauricie et Centre-du-Québec, 2006 à 2031



Source : MSSS, Projections de la population, janvier 2010

- La communauté autochtone représente environ 1 % de la population totale (environ 5 065 individus). Bien que deux des quatre réserves amérindiennes sont situées au Centre-du-Québec, la population autochtone se concentre principalement dans le Haut-Saint-Maurice. Elle représente environ 20 % de l'ensemble de la population de ce réseau local de services (RLS).

- Environ 1 % de la population est de langue maternelle anglaise. Plus de la moitié de cette population réside dans le territoire de la MRC Drummond et dans la région de Trois-Rivières.

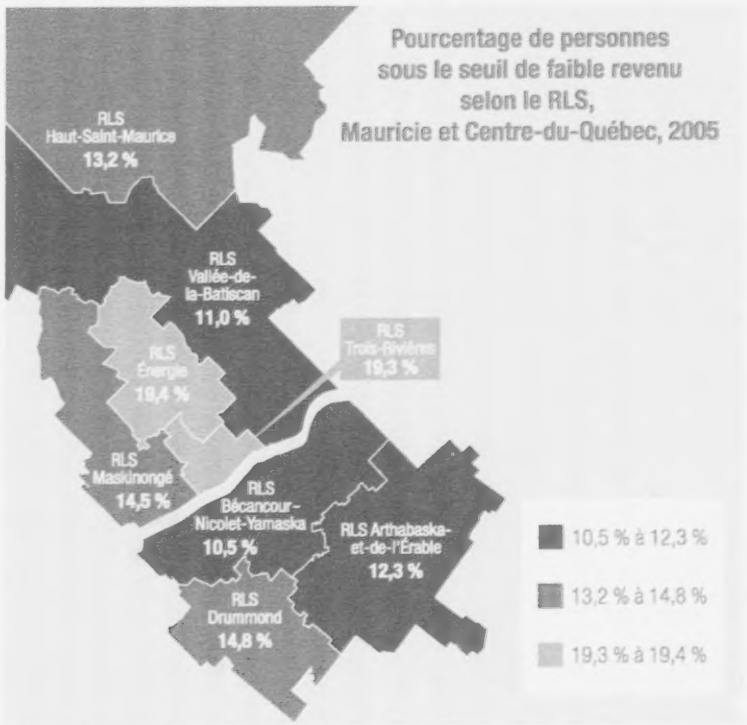
- La population de langue maternelle autre que française ou anglaise représente 2,2 %.

LES CARACTÉRISTIQUES SOCIOÉCONOMIQUES[1]

- On constate une amélioration marquée du niveau de scolarité entre 1996 et 2006. La proportion de personnes ayant un diplôme d'études secondaires chez les 25-64 ans est passée de 68 % à 80 % au cours de cette période, mais demeure inférieure au Québec (83 %). La proportion de la population détenant un diplôme universitaire a augmenté de 10 % à 12 %, mais demeure inférieure à celle du Québec (21 %). Ainsi, la région reste davantage sous-scolarisée que la province.

- La proportion de la population vivant sous le seuil de faible revenu est inférieure à celle du Québec (15,6 % contre 17,2 %). Davantage de femmes que d'hommes vivent avec ce niveau de revenu (18,7 % contre 15,6 %).

- Le taux d'emploi reste moins élevé que pour l'ensemble du Québec (56 % contre 60 %).



Source: Statistique Canada, Recensement 2006

[1] Les informations proviennent du recensement de 2006, celles du recensement de 2011 n'étant pas encore disponibles au moment d'écrire ces lignes.

LES HABITUDES DE VIE ET LES FACTEURS DE RISQUE

- On constate une augmentation de la proportion des personnes obèses depuis la fin des années 1980 (18 % des 18 ans et plus en 2008 contre 7 % en 1987). La proportion de personnes obèses est comparable chez les hommes et les femmes (20 % et 18 %). Les hommes sont plus nombreux que les femmes à souffrir d'embonpoint (44 % contre 27 %).

- En 2009-2010, 61 % des hommes et 39 % des femmes de 12 ans et plus ne mangeaient pas le minimum recommandé de cinq portions de fruits et légumes par jour.

- Au chapitre de l'activité physique de loisir chez les adultes de 18 ans et plus, en 2009-2010, on comptait 35 % d'actifs, 21 % de moyennement actifs et 24 % de sédentaires. Chez les jeunes de 12 à 17 ans, 36 % sont actifs et 37 % moyennement actifs. La sédentarité est en recul depuis une dizaine d'années.

- 23 % des personnes de 12 ans et plus de la région sont des fumeurs actuels, ce qui se compare à la moyenne québécoise. Cette proportion est moindre qu'en 2000-2001 (31 %).

- En 2008, moins de femmes de la région ont passé un test de PAP au cours des trois dernières années : 67 % contre 73 % des Québécoises.

- En 2008, 12 % de la population de 15 ans et plus avait consommé de la drogue au cours des douze derniers mois. Les hommes ont consommé de la drogue dans une proportion deux fois plus grande que les femmes (16 % contre 8 %).

LES PROBLÈMES DE SANTÉ

- Une population de 15 ans et plus qui, en 2008, se considérait à 54 % en excellente ou en très bonne santé.

- La région comptait, en 2008-2009, 33 330 personnes diabétiques de 20 ans et plus, soit 9 % de la population de ce groupe d'âge. Ce pourcentage apparaît légèrement plus faible que dans l'ensemble du Québec.

- Près de 18 % de la population de 12 ans et plus présentait une hypertension diagnostiquée en 2009-2010, ce qui se compare au Québec.

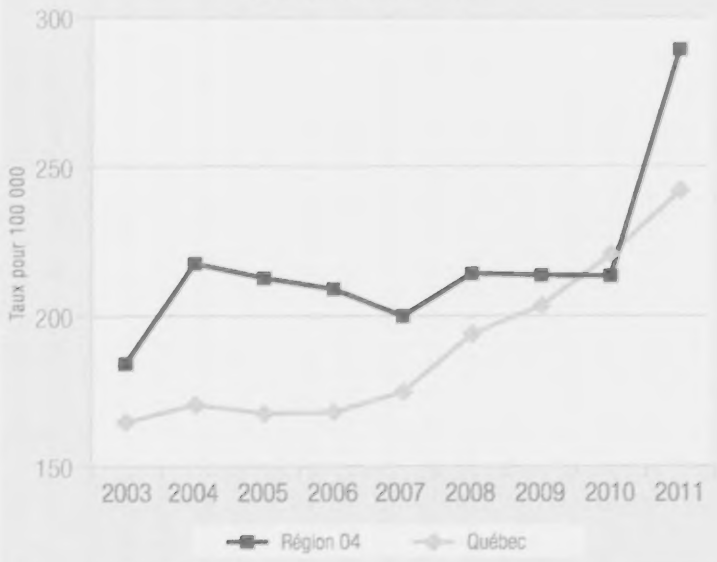
- Avec un taux d'hospitalisation de 120 pour 10 000 personnes, les maladies cardiovasculaires représentent la première cause d'hospitalisation pour la période allant de 2008 à 2011. Elles sont suivies des maladies de l'appareil respiratoire (85 pour 10 000), des maladies de l'appareil digestif (83 pour 10 000), des tumeurs (77 pour 10 000) et des traumatismes et empoisonnements (70 pour 10 000).

- Les principales causes d'hospitalisation diffèrent peu selon le sexe, sauf pour les maladies cardiovasculaires où les hommes ont un taux ajusté d'hospitalisation de 158 pour 10 000 contre un taux de 88 pour 10 000 chez les femmes.

- Les allergies non alimentaires constituent le premier problème de santé rapporté (19 % des 12 ans et plus), mais en proportion moindre qu'au Québec. Les autres problèmes les plus répandus sont les maux de dos (16 %), les problèmes d'arthrite ou de rhumatisme (12 %), l'hypertension (16 %) et les migraines (9 %).

- De façon générale, la région affiche une incidence pour la chlamydiose génitale plus élevée que pour le Québec. En 2011, cette valeur s'élève à 288 pour 100 000 contre 241 pour 100 000 pour le Québec.

Taux d'incidence (par 100 000 personnes-années) de la chlamydiose génitale, Mauricie et Centre-du-Québec et Québec, 2003 à 2011



Source: Fichier MADO, 2003 à 2011

LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

- Une proportion de 79 % des personnes de 12 ans et plus déclarent avoir une excellente ou une très bonne santé mentale. Cette valeur est comparable au Québec.

- Environ 95 % des gens de la région sont satisfaits de leur vie sociale. Cette proportion est supérieure à celle du Québec (93 %).

- En 2008, 20 % de la population de la région se retrouve avec un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique. Davantage de femmes que d'hommes ont un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique (25 % contre 16 %).

- Dans la région en 2008, la proportion de la population qui a songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois, sans toutefois avoir fait une tentative de suicide, se situe à 1,7 %; la valeur québécoise est de 2,3 %.

L'ESPÉRANCE DE VIE ET LA MORTALITÉ

- L'espérance de vie a augmenté de 6,2 ans chez les hommes et de 3,0 ans chez les femmes entre 1981-1983 et 2005-2007, pour atteindre respectivement les valeurs de 77,5 ans et de 82,8 ans. Les hommes de la région conservent une espérance de vie inférieure à celle de l'ensemble des Québécois.

- L'espérance de vie dans la région est soumise comme ailleurs à la défavorisation sociale et matérielle. Les hommes des communautés les moins favorisées ont une espérance de vie de cinq ans inférieure à celle des hommes des communautés plus favorisées.

- On constate une diminution marquée (près de la moitié) du taux de mortalité infantile au cours des 25 dernières années pour passer de 9,5 décès pour 1 000 naissances à 5,4 décès pour 1 000 naissances de nos jours.

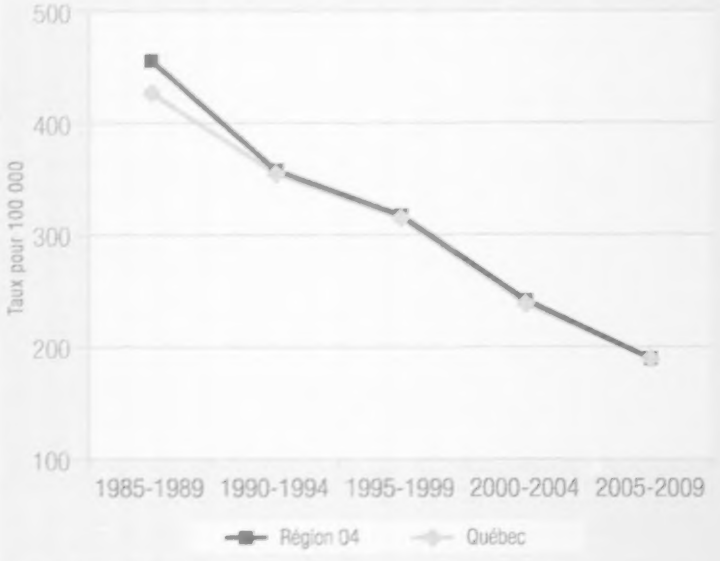
- Les cancers et les maladies cardiovasculaires demeurent, avec respectivement 33 % et 27 % des décès, les deux principales causes de mortalité entre 2005 et 2009. On observe ainsi :

  - Une décroissance de la mortalité par maladie cardiovasculaire, à l'instar du Québec. Le taux ajusté est passé de 455 à 189 décès pour 100 000 personnes depuis la fin des années 1980.

  - Une diminution du taux ajusté de mortalité par cancer, chez les hommes, de la fin des années 1980 à 2005-2009, mais une stagnation du taux pour les femmes de la région, comparativement à une légère diminution en fin de période pour l'ensemble des femmes du Québec.

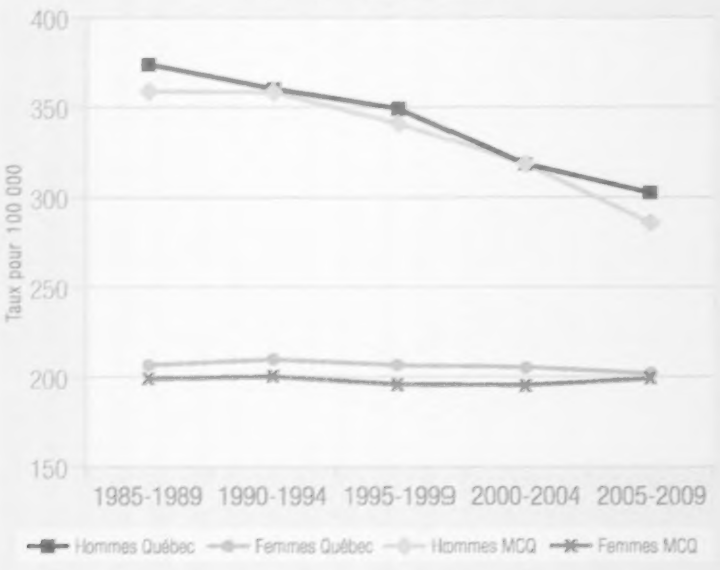
  - Les cancers entraînant le plus de décès chez les hommes sont, en importance : le cancer du poumon, de la trachée et des bronches, le cancer colorectal et le cancer de la prostate. Chez les femmes, il s'agit du cancer du poumon, de la trachée et des bronches, du cancer du sein et du cancer colorectal.

Taux ajustés de mortalité par maladies cardiovasculaires par 100 000 personnes, Mauricie et Centre-du-Québec et Québec, 1985-1989 à 2005-2009



Source : MSSS, fichier des décès, 1985 à 2008

Taux ajustés de mortalité par cancer par 100 000 personnes selon le sexe, Mauricie et Centre-du-Québec et Québec, 1985-1989 à 2005-2009



Source: MSSS, fichier des décès 1985 à 2008

- Le taux de mortalité par suicide demeure supérieur à celui du Québec bien que, à l'instar de la situation québécoise, où on constate un certain fléchissement, il commence à diminuer (de 24 pour 100 000 en 1995-1999 à 22 pour 100 000 en 2003-2007). Le taux chez les hommes reste nettement supérieur au taux chez les femmes (35 pour 100 000 contre 9 pour 100 000 pour les femmes).

- Le taux de mortalité par traumatisme non intentionnel est plus important dans la région que dans l'ensemble du Québec (33 contre 28 pour 100 000), surtout chez les hommes. Les accidents de la route sont à la source de cette surmortalité.

LE RÉSEAU RÉGIONAL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Au 31 mars 2013, le réseau de la Mauricie et du Centre-du-Québec était constitué de 14 établissements, dont 8 CSSS.

LES CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Responsabilités	CSSS
Mission de type CLSC et CHSLD	Tous
Mission CH	CSSS du Haut-Saint-Maurice, de l'Énergie, de Trois-Rivières, Drummond et d'Arthabaska-et-de-l'Érable
Urgence mineure et unité de courte durée gériatrique	CSSS de Maskinongé, de Trois-Rivières et de Bécancour–Nicolet-Yamaska
Mandat régional en santé mentale	CSSS de l'Énergie
Mandataire régional Info-Santé/Info-Social	CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska

LE CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL

Le centre hospitalier régional du CSSS de Trois-Rivières offre des services généraux et spécialisés en santé physique et en santé mentale. Parmi les services à mandat régional offerts, on note ceux qui ont récemment été ajoutés :

- la procréation médicalement assistée;
- la périnatalogie, la néonatologie et la pédiatrie (niveau 2 b);
- la gestion de la douleur chronique, dasn le cadre d'un consortium formé avec le Centre de réadaptation InterVal.

Le centre hospitalier régional du CSSS de Trois-Rivières a été désigné centre hospitalier affilié universitaire régional en 2011. Cette désignation témoigne de la collaboration développée avec l'Université de Montréal. Depuis 2005, l'établissement est reconnu à titre de campus de la Faculté de médecine, ce qui a permis, avec la collaboration du CSSS de l'Énergie, l'implantation du curriculum complet du programme de médecine.

LES ÉTABLISSEMENTS SPÉCIALISÉS À VOCATION RÉGIONALE

La région compte quatre centres de réadaptation qui sont : le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec, le Centre de réadaptation InterVal, le CRDITED MCQ – IU et le Centre de réadaptation en dépendance Domrémy-de-la-Mauricie–Centre-du-Québec.

LES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS

Deux centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) privés conventionnés s'ajoutent au réseau d'établissements publics. Ce sont le Foyer Saints-Anges de Ham-Nord inc. et le CHSLD Vigi Les Chutes à Shawinigan.

LES EFFECTIFS MÉDICAUX EN OMNIPRATIQUE

La région est toujours reconnue comme ayant des besoins prioritaires en termes d'effectifs médicaux en omnipratique avec 81,7 % d'atteinte de ses besoins. On note cependant que les efforts de recrutement portent ses fruits, la région se situant dorénavant au centre du peloton face aux autres régions du Québec à ce chapitre.

Effectifs médicaux en omnipratique en équivalent temps complet (ETC)	2012-2013	2011-2012
Médecins en place (ETC)	464	452
Besoins normalisés (ETC)	568	564
Écart selon les besoins (ETC)	104	112
% d'atteinte du Plan d'effectifs médicaux de la région	81,7 %	80,1 %
% d'atteinte du Plan d'effectifs médicaux du Québec	88,1 %	87,2 %

En 2012-2013, 26 nouveaux médecins ont obtenu des avis de conformité pour pratiquer dans notre région. Le ministre en avait autorisé 24, plus 2 recrutements supplémentaires en vertu du Plan d'effectifs médicaux universitaires (PEMU). Malgré l'arrivée de ces nouveaux médecins, la région ne réussit pas à combler l'écart pour ses besoins reconnus à 568 médecins omnipraticiens. Dix médecins ont quitté la région en cours d'année, un autre a pris sa retraite et nous avons déploré un décès.

Plan d'effectifs en omnipratique (nombre d'individus)	2012-2013		2011-2012	
Objectifs de croissance	24	2 PEMU	25	1 PEMU
Recrutement (avis de conformité)	24	2 PEMU	25	1 PEMU
Départ	12		9	
Ajout net	14		17	

LES EFFECTIFS MÉDICAUX EN SPÉCIALITÉ

Note : Le Plan régional des effectifs médicaux (PREM) en spécialité, mis en place en 2011 et couvrant la période 2011 à 2015, est arrivé à mi-parcours. Annuellement, la période couverte par le plan débute au 1er décembre d'une année pour se terminer le 30 novembre de l'année suivante. Les résultats de mars 2013 seront donc comparés au plan couvrant la période du 30 novembre 2012 au 1er décembre 2013.

La région comptait 380 postes octroyés à des médecins spécialistes en avril 2012 et ce nombre est passé à 405 en mars 2013. Sur les 34 spécialités offertes dans les établissements de la région, 4 demeurent préoccupantes en termes de taux d'atteinte des plans autorisés : la dermatologie (60 % d'atteinte), la pédiatrie (50 % d'atteinte aux CSSS de l'Énergie, Drummond et d'Arthabaska-et-de-l'Érable), la psychiatrie, particulièrement au CSSS de Trois-Rivières (66 % d'atteinte). La situation en pédopsychiatrie s'est améliorée avec une atteinte régionale de 75 %. Il manque deux pédopsychiatres : un au CSSS de Trois-Rivières et un au CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable, sur des plans d'effectifs médicaux autorisés de deux postes chacun.

Le PREM en spécialité est passé de 419 postes en 2011-2012 à 431 en 2012-2013. Le taux d'atteinte ne peut donc se comparer à celui de l'année antérieure puisqu'il est calculé sur une base progressive. En 2012-2013 il est de 91,4 % pour l'ensemble des spécialités. Pour les spécialités de base, le taux d'atteinte est de 91,9 % tandis que pour les spécialités régionales il est de 89,9 %. Au cours de l'année 2012-2013, 26 recrutements ont été réalisés par les établissements tandis que l'on a observé 2 départs à la retraite. Le recrutement net a été de 24 spécialistes. Il est à noter cependant que, du total des postes octroyés, 28 titulaires ne sont pas encore en place au 31 mars 2013.

État du PREM en spécialité (individus) au 31 mars 2013	Mars 2013		Mars 2012	
	PREM	Octroyés	PREM	Octroyés
Spécialités de base et locales	322	304	317	290
Spécialités régionales	109	101	102	90
Total	**431**	**405**	**419**	**380**
Postes vacants	**37**		**43**	
Dépassements temporaires (dérogations)	**4**		**1**	
Pourcentage d'atteinte du PREM				
Spécialités de base et locales	91,9 %		91,5 %	
Spécialités régionales	89,9 %		88,3 %	
Toutes les spécialités	**91,4 %**		**90,7 %**	
Mouvements				
Recrutement	26		18	
Départs	2		1	
Ajout net	**24**		**17**	

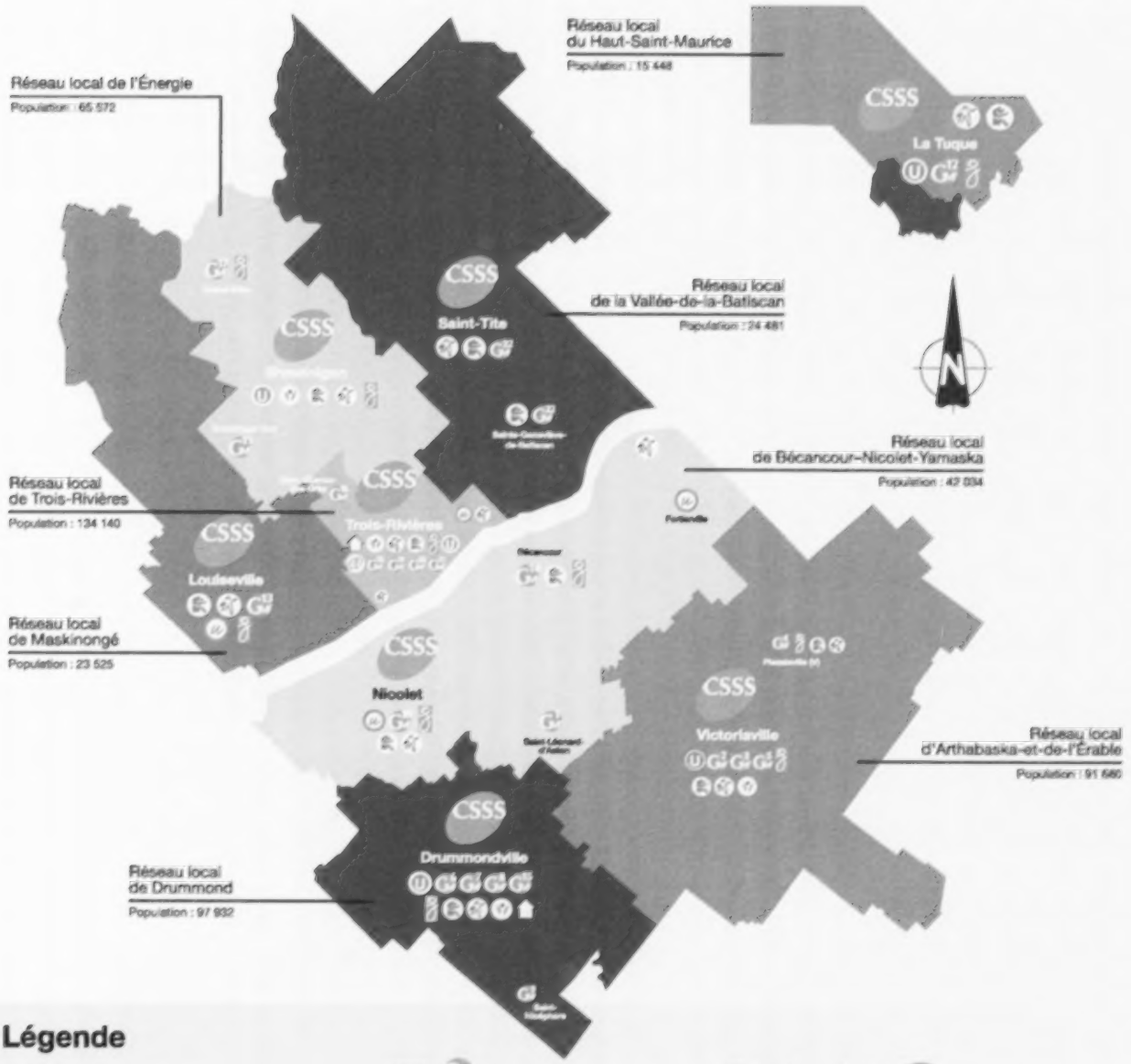
Note : Dans certaines spécialités, le nombre total de postes octroyés est supérieur au PREM autorisé dans un établissement (dérogations). Le nombre global de postes vacants ne tient pas compte de ces dépassements et reflète le nombre réel dans chaque établissement.

LES ORGANISMES ET RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

La région compte également sur :

- l'équipe de sages-femmes de la Maison de naissance de la Rivière à Nicolet qui effectue aussi des suivis de grossesse aux points de service à Trois-Rivières et Victoriaville;
- 169 ressources intermédiaires (RI) et 750 ressources de type familial (RTF), pour un total de 3 823 places accréditées, associées aux programmes-services Perte d'autonomie liée au vieillissement, Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, Déficience physique, Jeunes en difficulté et Santé mentale (données au 7 janvier 2013);
- 224 organismes communautaires reconnus par l'Agence comme œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux;
- 13 entreprises ambulancières;
- le Centre de communication santé (CCS) pour la réception et le traitement des appels d'urgence et l'affectation des ressources préhospitalières (ambulances et premiers répondants) couvrant la totalité de la région;
- 22 groupes de médecine de famille (GMF) situés dans les districts sociosanitaires d'Arthabaska-et-de-l'Érable (4), Drummond (5), Nicolet-Yamaska (3), Maskinongé (1), Haut-Saint-Maurice (1), Centre-de-la-Mauricie (3), Vallée-de-la-Batiscan (1) et Trois-Rivières (4) auxquels s'ajoutent 33 cliniques médicales privées;
- 12 entreprises d'économie sociale et d'aide domestique;
- un Technocentre et un Infocentre régional.

LA CARTE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC



Légende

Urgence
- Majeure
- Mineure

Établissements à mission régionale
- Centre hospitalier affilié universitaire régional
- Le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec
- Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec
- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec Institut universitaire
- Centre de réadaptation Interval

Agence de la santé et des services sociaux

GMF

1 : GMF Saint-Léonard
2 : GMF Bois-Francs 1
3 : GMF Bois-Francs 2
4 : GMF Bois-Francs 3
5 : GMF Bois-Francs 4
6 : GMF Centre médical AJC
7 : GMF Centre de santé
8 : GMF Centre médical St-François
9 : GMF Clinique médicale de St-Nicéphore
10 : GMF Clinique médicale de Nicolet
11 : GMF Clinique médicale de Shawinigan Sud
12 : GMF du Haut-Saint-Maurice
13 : GMF clinique médicale St-Laurent
14 : GMF de la MRC de Bécancour
15 : GMF Centre Médical Drummond
16 : GMF Les Grès
17 : GMF Grand-Mère
18 : GMF de Trois-Rivières
19 : GMF-UMF de Trois-Rivières
20 : GMF Clinique de médecine familiale des Récollets
21 : GMF du Carmel
22 : GMF Vallée-de-la-Batiscan

Centre de santé et de services sociaux

- Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Maurice
- Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-la-Batiscan
- Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie
- Centre de santé et de services sociaux de Maskinongé
- Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières
- Centre de santé et de services sociaux de Bécancour-Nicolet-Yamaska
- Centre de santé et de services sociaux Drummond
- Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska-et-de-l'Érable

Source : MSSS, Service du développement de l'information, janvier 2010

L'AGRÉMENT DES ÉTABLISSEMENTS

Les établissements ont l'obligation légale de solliciter l'agrément de leurs services auprès d'un organisme d'accréditation reconnu, et ce, dans un délai maximal de quatre ans. Cette démarche s'inscrit dans une perspective d'amélioration continue de la qualité.

Tous les établissements de la région ainsi que les deux CHSLD privés conventionnés ont obtenu le renouvellement de leur agrément, soit par le Conseil québécois d'agrément (CQA), Agrément Canada (AC) ou dans le cadre d'un programme conjoint du CQA et d'AC. Jusqu'à maintenant, le renouvellement de l'agrément s'est fait dans le respect du délai prescrit pour tous les établissements. Au cours de la dernière année, un seul établissement était dans l'obligation de renouveler l'agrément de ses services. Il s'agit du Centre de réadaptation en dépendance Domrémy-de-la-Mauricie–Centre-du-Québec, lequel a obtenu son certificat d'agrément en juin 2012. Sept autres établissements ont débuté les préparatifs en vue du renouvellement de leur agrément au cours de l'année 2013.

LES PRIX D'EXCELLENCE

Les Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux sont remis chaque année à des établissements et à des organismes communautaires qui se sont démarqués par des réalisations exceptionnelles qui contribuent à l'amélioration des soins et des services.

Pour l'édition 2011-2012, deux projets de la région ont été récompensés. D'abord, l'organisme Moisson Mauricie/Centre-du-Québec s'est mérité une mention d'honneur dans la catégorie « Impact sur la communauté » pour son projet *Se nourrir, agir et se développer*. Une mention spéciale « Coup de cœur » a aussi été décernée pour le projet *Équipe itinérance de Trois-Rivières* qui réunit quatre partenaires, soit l'organisme Point de rue, le Centre le Havre, le Centre de réadaptation en dépendance Domrémy-de-la-Mauricie–Centre-du-Québec et le CSSS de Trois-Rivières.

Soulignons qu'un autre projet de la région s'est illustré comme finaliste au plan provincial. Il s'agit du projet *Ensemble, être tuteurs de résilience* présenté par le Centre de réadaptation InterVal.

En ce qui concerne l'édition 2012-2013, sept candidatures ont été reçues à l'Agence. De ce nombre, deux projets ont été inscrits comme finalistes pour la région en vue des sélections ministérielles et nationales. La remise des prix est prévue pour le mois d'octobre 2013.

L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC

LA MISSION

En association avec ses partenaires, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec a pour mission de veiller à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

À cette fin :

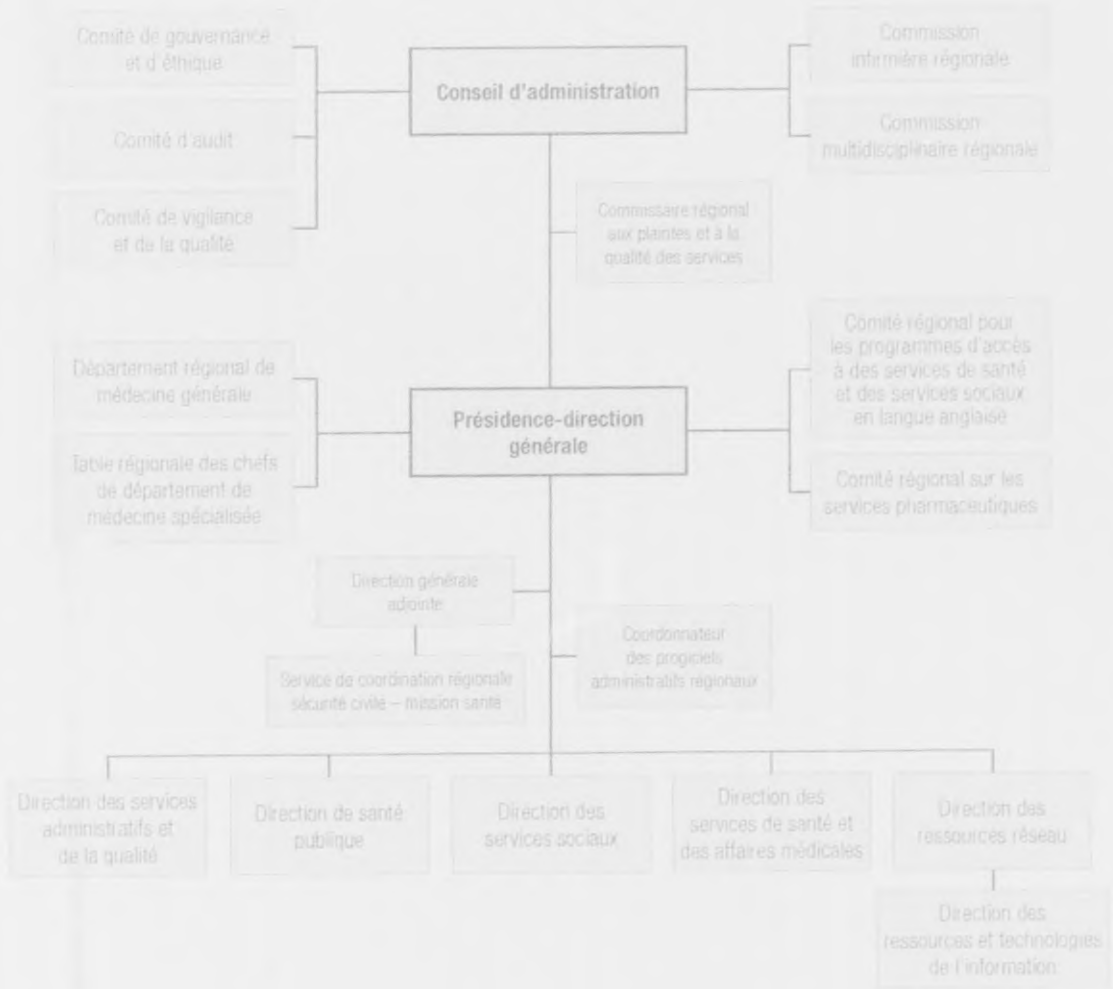
- Elle assure la gouvernance du système de santé et de services sociaux de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec et en est imputable au ministre.
- Elle porte une vision régionale de l'organisation des services centrée sur des objectifs de résultats, et ce, dans une perspective populationnelle.
- Elle crée des conditions favorables à l'émergence de huit RLS au sein d'un réseau régional cohérent, à la responsabilité populationnelle et à la hiérarchisation des services de santé et des services sociaux.
- Elle exerce les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de la région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés. Notamment, elle propose et convient, avec les établissements et autres acteurs des réseaux communautaires et institutionnels, de la contribution qu'elle attend d'eux dans le respect des responsabilités de chacun.
- Elle veille à un accès comparable à des services continus et de qualité dans les territoires.
- Elle assure la protection de la santé publique de la population de la région sociosanitaire et met en œuvre, en collaboration avec ses partenaires, des programmes de prévention et de promotion contribuant à l'amélioration de la santé et du bien-être de cette population.

L'ORGANISATION

Le plan d'organisation de l'Agence est conçu de manière à assurer de façon optimale la coordination de ses composantes, et ce, afin de réaliser les mandats qui lui sont conférés par différentes lois.

En février 2013, la direction de l'Agence a entrepris une démarche de consultation en vue de la révision de son plan d'organisation. Plusieurs changements dans nos environnements interne et externe ont conditionné la nécessité de revoir certains aspects de notre structure organisationnelle. Les plus importants sont les exigences posées par le contexte budgétaire, les mouvements de personnel et l'évolution de notre dynamique organisationnelle et régionale. Les ajustements proposés ont été adoptés par le conseil d'administration en avril 2013.

L'ORGANIGRAMME AU 31 MARS 2013



Les postes de direction :

- président-directeur général;
- directeur général adjoint;
- directeur des services administratifs et de la qualité (vacant au 31 mars 2013);
- directeur des ressources réseau (vacant au 31 mars 2013);
- directeur des ressources informationnelles;
- directeur des services de santé et des affaires médicales;
- directeur de santé publique;
- directeur des services sociaux.

Un poste de cadre supérieur, autre que direction :

- commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services.

Les postes de cadres intermédiaires :

- chef de service – ressources financières, matérielles et informationnelles;
- chef de service – ressources humaines et services documentaires;
- chef de service – organisation de services (2 postes);
- coordonnatrice régionale en santé au travail (contrat de service avec la Commission de santé et de sécurité au travail [CSST]);
- chef de service – santé environnementale, surveillance/évaluation et soutien administratif;
- chef de service – prévention/promotion;
- chef de service – affaires médicales et services spécialisés;
- chef de service – services préhospitaliers, urgence et traumatologie;
- chef de service – Technocentre;
- chef de service – Infocentre et bureau de projets;
- chef de service – coordination régionale en sécurité civile – mission santé;
- coordonnateur des progiciels administratifs régionaux (activité régionalisée).

LES RESSOURCES HUMAINES

Effectifs au 31 mars 2013	31 mars 2013	31 mars 2012
Les cadres		
Temps complet : (hors cadres)	2	2
(cadres supérieurs)	5	7
(cadres intermédiaires)	13	13
Temps partiel : Nombre de personnes : Équivalents temps complet [1] (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	0	0
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	1	1
Les employés réguliers Temps complet [2] : (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	152	153
Temps partiel : Nombre de personnes : Équivalents temps complet [1] (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	10,2	10,0
Les occasionnels		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	26 698	26 693
Équivalents temps complet [3]	14,62	14,55

[1] *L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers : nombre d'heures de travail selon le contrat de travail divisé par le nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi.*
[2] *Inclus les postes affectés au Technocentre régional (18), à l'Infocentre régional (9,8) et en libération syndicale permanente (1).*
[3] *L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels : nombre d'heures rémunérées divisé par 1 826 heures.*

En outre, au 31 mars 2013, l'Agence pouvait compter sur la contribution (en ETC) de 15,13 médecins et de 1,00 dentiste.

LES RESSOURCES FINANCIÈRES

Le budget d'exploitation de l'Agence totalisait 10 839 969 $ en 2012-2013, comparativement à 10 930 416 $ en 2011-2012. Plus de la moitié de ce budget est consacrée aux fonctions de santé publique (DSP), soit 5 720 827 $, alors que l'autre partie est affectée à la coordination du réseau. La décroissance enregistrée lors du dernier exercice financier s'explique principalement par la non-indexation des coûts salariaux ainsi que par l'application de la loi qui vise à réduire les dépenses de nature administrative et la taille des effectifs d'ici 2013-2014 (projet de loi 100).

Budget en provenance du MSSS	2012-2013	2011-2012	Variation
Budget de l'Agence	5 119 142 $	5 217 799 $	(98 657) $
Budget de la DSP	5 720 827 $	5 712 617 $	8 210 $
Total du budget d'exploitation	**10 839 969 $**	**10 930 416 $**	**(90 447) $**
Fonds des activités accessoires	140 934 $	129 144 $	11 790 $
Fonds des activités régionalisées	5 965 973 $	4 883 672 $	1 082 301 $
Fonds affectés[1]	37 687 121 $	37 208 674 $	478 447 $

[1] *Excluant les fonds Immobilisations et Équipements*

LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES

La Direction des ressources et technologies de l'information s'assure de la mise en oeuvre de la planification stratégique régionale en ressources informationnelles. En ce sens, elle porte la vision régionale, coordonne la réalisation des multiples projets afférents au développement, à l'intégration et à l'optimisation des ressources informationnelles.

Elle assure, par le biais du bureau de projets, le soutien à l'analyse, la planification et le suivi des projets en ressources informationnelles et du portefeuille régional et interne de projets. Elle est également responsable de la gestion du Technocentre régional.

En plus d'assumer le support et la gestion du parc informatique de l'Agence, le Technocentre assure l'hébergement d'applications et de systèmes d'information (de nature clinique, clinico-administrative et administrative), agit à titre de centre de services régional pour quelques établissements et GMF, accompagne les établissements dans leurs choix technologiques,

répond à plus de 20 000 demandes d'assistance par année portant principalement sur plus de 150 applications ou systèmes d'information, surveille et maintient les infrastructures (le réseau de télécommunications, les systèmes d'exploitation, les logiciels antivirus, les serveurs d'accès, etc.), et ce, 24 heures par jour. Le Technocentre veille enfin aux infrastructures de sécurité protégeant les données et les équipements régionaux.

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Résultats atteints

Le conseil d'administration a tenu sept rencontres en 2012-2013. Outre les questions relatives à la répartition des ressources humaines, matérielles et financières, parmi les dossiers qui ont fait l'objet d'une attention particulière de la part du conseil d'administration, on note :

- la prévention et le contrôle des infections nosocomiales;
- la désignation des établissements en néonatalogie;
- la nomination de la directrice des ressources réseau par intérim;
- la révision du cadre de financement régional des organismes communautaires;
- la planification triennale des projets et activités en ressources informationnelles;
- la désignation d'un centre régional en gestion de la douleur chronique;
- l'adoption du Plan directeur régional en traumatologie 2012-2017;
- la nomination de certains membres aux conseils d'administration des établissements;
- la reconnaissance d'organismes communautaires.

Enfin, à quelques reprises au cours de l'année, les membres du conseil d'administration ont souligné des bons coups réalisés par le réseau et ses partenaires. Des motions de félicitations ont ainsi été adressées aux acteurs concernés.

Liste des membres du conseil d'administration (au 31 mars 2013)

M. Gérald Lapierre, président	Membre indépendant Drummondville
M[me] Julie Beaulieu	Membre indépendante Drummondville
M[me] Suzanne Corriveau	Membre indépendante Plessisville
M. Yves Tousignant	Membre indépendant La Tuque
M. Marc Descôteaux	Membre indépendant Ste-Monique
M[me] Nicole Houle	Collège *Comités des usagers des établissements* Trois-Rivières

M. Christian Carrier	Collège *Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée* Trois-Rivières
M. Yves-Laurent Godbout	Collège *Département régional de médecine générale* Trois-Rivières
M. Charles Fortier	Collège *Comité régional des services pharmaceutiques* Drummondville
M[me] Josée Panneton	Collège *Commission infirmière régionale* Trois-Rivières
M[me] Nathalie Garon	Collège *Commission multidisciplinaire régionale* Trois-Rivières
M[me] Lynda Michaud	Collège *Organismes représentatifs du milieu syndical* Trois-Rivières
M[me] Isabelle Brunelle	Collège *Organismes communautaires* Pierreville
M. François Guillemette	Collège *Universités* Trois-Rivières
M. Gaétan Lamy	Membre d'office Président-directeur général de l'Agence

LE RAPPORT DE SUIVI SUR L'APPLICATION DU CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

Le code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration (voir annexe A) prévoit que le rapport annuel de gestion de l'Agence doit faire état, pour l'année écoulée, des données suivantes relatives au suivi de l'application du code :

- le nombre de cas traités et leur suivi;
- le nombre et la nature des manquements constatés;
- les décisions et sanctions imposées;
- le nom des administrateurs révoqués ou suspendus.

Pour l'année 2012-2013, aucune situation de manquement au code d'éthique et de déontologie n'a été signalée ou traitée, aucune décision ou sanction n'a été imposée et aucun administrateur n'a été révoqué ou suspendu.

LES COMITÉS DU CONSEIL

Le comité de vigilance et de la qualité

Résultats atteints

Le comité a tenu quatre rencontres en 2012-2013. Au cours de ces réunions, les questions suivantes ont été abordées :

- l'analyse des conclusions, recommandations et suivis du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services;
- le rapport annuel des plaintes;
- les informations du commissaire : objectifs annuels, journée des comités des usagers, rapport annuel du Protecteur du citoyen;
- la certification des résidences pour aînés;
- les visites d'appréciation ministérielles en CHSLD;
- les services médicaux de première ligne;
- le suivi des dossiers des coroners;
- les Prix d'excellence et la composition d'un jury régional;
- le suivi des orientations ministérielles sur l'application des mesures de contrôle;
- les objectifs 2012-2013 de la table régionale qualité;
- le bilan des activités du comité pour la période allant de septembre 2011 à août 2012 et l'appréciation de son fonctionnement.

Au cours de l'année, le comité a déposé une recommandation au conseil d'administration portant sur l'adoption du rapport annuel des plaintes.

Enfin, mentionnons qu'une rencontre d'accueil a également été tenue avec les trois nouveaux membres du comité en début d'année.

Liste des membres du comité de vigilance et de la qualité (au 31 mars 2013)

M^me^ Josée Panneton	Collège *Commission infirmière régionale*
M^me^ Nicole Houle	Collège *Comités des usagers des établissements*
M^me^ Isabelle Brunelle	Collège *Organismes communautaires*
M. Denis Grenier	Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services
M. Gaétan Lamy	Président-directeur général de l'Agence

Le comité d'audit

Résultats atteints

Le comité a tenu quatre rencontres en 2012-2013. Au cours de ces réunions, les questions suivantes ont été abordées :

- le suivi du Plan de vérification 2011-2012;
- le rapport financier annuel 2011 de l'équipe régionale de la santé au travail;
- le rapport financier annuel consolidé 2011 de la santé au travail;
- le rapport financier annuel 2011-2012 de l'Agence;
- les prévisions budgétaires 2012-2013 de l'Agence;
- les rapports financiers périodiques de l'Agence;
- le choix de l'auditeur externe pour l'exercice financier 2012-2013;
- l'appel d'offres pour la location de la bâtisse;
- la reconduction de l'entente avec la Banque Nationale du Canada pour les services financiers de l'Agence;
- la présentation du programme de vérification 2012-2013.

Le comité a déposé huit recommandations au conseil d'administration, notamment pour l'adoption des rapports financiers périodiques et des rapports financiers annuels de l'Agence.

Liste des membres du comité d'audit (au 31 mars 2013)

M[me] Julie Beaulieu	Membre indépendante
M[me] Isabelle Brunelle	Collège *Organismes communautaires*
M[me] Suzanne Corriveau	Membre indépendante
M[me] Nathalie Garon	Collège *Commission multidisciplinaire régionale*
M. Gérald Lapierre	Membre indépendant Président du conseil d'administration

Le comité de gouvernance et d'éthique

Résultats atteints

Le comité a débuté ses travaux en décembre 2012. Il a donc tenu deux rencontres au cours de l'année 2012-2013, au cours desquelles le comité :

- s'est approprié son mandat;
- a passé en revue les politiques, outils et pratiques de l'Agence en matière de gouvernance et d'éthique;

- a travaillé à l'élaboration d'une politique, de critères et d'outils d'évaluation du fonctionnement et de la performance du conseil d'administration et de ses comités.

Liste des membres du comité de gouvernance et d'éthique (au 31 mars 2013)

M[me] Julie Beaulieu	Membre indépendante
M. Yves Tousignant	Membre indépendant
M. Gérald Lapierre	Membre indépendant Président du conseil d'administration
M[me] Nicole Houle	Collège *Comité des usagers*
M. Charles Fortier	Collège *Comité régional des services pharmaceutiques*

LES INSTANCES CONSULTATIVES AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

LA COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE

Résultats atteints
La commission a tenu deux rencontres en 2012-2013. Au cours de ces réunions, les principales questions suivantes ont été abordées :

- le Plan régional sur le vieillissement 2010-2015;
- l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier;
- la Stratégie d'action régionale en planification de la main-d'œuvre;
- le fonctionnement des commissions consultatives régionales.

Liste des membres de la commission multidisciplinaire régionale (au 31 mars 2013)

M. Alain Demers CSSS de Maskinongé M. Michael Monast Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec	*Collège des conseils multidisciplinaires des établissements* Domaine social
M[me] Danielle Jacob Centre de réadaptation InterVal M[me] Liette Côté CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska	*Collège des conseils multidisciplinaires des établissements* Domaines de la réadaptation et de la santé

M[me] Gisèle Dumas CSSS de l'Énergie M. Nicolas Rivard CSSS du Haut-Saint-Maurice M[me] Sophie Lacasse Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec	*Collège des conseils multidisciplinaires des établissements* Autres secteurs professionnels et domaines techniques
M[me] Nathalie Garon CSSS de Trois-Rivières M[me] Nathalie Bishop CROITED MCQ – IU	*Collège des gestionnaires*
M[me] Marie-Claude Blais Département de psychologie, UQTR	*Collège de l'enseignement universitaire dans les domaines sociaux*
M[me] Marie-Josée Drolet Département d'ergothérapie, UQTR	*Collège de l'enseignement universitaire dans les domaines de la santé*
M[me] Marie-Piet Landry Cégep de Victoriaville	*Collège de l'enseignement collégial*
M. Jacquelin Roy Centre de réadaptation en dépendance Domrémy-de-la-Mauricie–Centre-du-Québec M[me] Josée Rossignol CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	Membres observateurs
M. Serge Beauchamp Pour le président-directeur général de l'Agence	Membre d'office

LA COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE

Résultats atteints

La commission a tenu trois rencontres en 2012-2013. Au cours de ces réunions, les principales questions suivantes ont été abordées :

- le Plan régional sur le vieillissement 2010-2015;
- l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier;
- les objectifs, priorités et dossiers statutaires de la table régionale en soins infirmiers;
- les travaux des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) en soins infirmiers;

- la Stratégie d'action régionale en planification de la main-d'œuvre;
- le fonctionnement des commissions consultatives régionales.

Liste des membres de la commission infirmière régionale (au 31 mars 2013)

M[me] Geneviève Beauté Centre de réadaptation InterVal M[me] Josée Panneton CSSS de Trois-Rivières M[me] Annie-Claude Frigon CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable M[me] Anne Bolduc CSSS Drummond	*Comités exécutifs des conseils des infirmières et infirmiers (CII)*
M[me] Michelle Carignan CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan M[me] Sandra Denoncourt CSSS de Maskinongé	*Collège des comités d'infirmières et d'infirmiers auxiliaires*
M[me] Hélène Hinse CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable M[me] Lucie Vézina-Gauthier CSSS de Trois-Rivières	*Collège des gestionnaires des soins infirmiers*
M[me] Patricia Germain Département des sciences infirmières, UQTR	*Collège de l'enseignement universitaire*
M[me] Josée Brière Cégep de Trois-Rivières	*Collège de l'enseignement collégial*
M[me] Peggy Richard CSSS de l'Énergie	*Infirmière praticienne spécialisée (membre cooptée)*
M. Patrick Hubert Pour le président-directeur général de l'Agence	Membre d'office
M[me] Andréanne Therrien CSSS de Trois-Rivières M[me] Laurie Desrochers CSSS du Haut-Saint-Maurice	Membres observateurs

LES INSTANCES CONSULTATIVES À LA PRÉSIDENCE-DIRECTION GÉNÉRALE

LE DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Résultats atteints

Le comité de direction du DRMG a tenu huit rencontres en 2012-2013. Au cours de ces réunions, les questions suivantes ont notamment été abordées :

- les PREM en omnipratique et infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPS-SPL);
- le Cadre de référence provincial du guichet d'accès pour les clientèles orphelines (GACO) et l'application de la lettre d'entente nº 245 relative à la rémunération des médecins;
- les activités médicales particulières et l'application de l'entente particulière en regard des activités médicales particulières (AMP) mixtes en prise en charge des clientèles vulnérables;
- le modèle d'organisation et de prise de rendez-vous « Accès adapté »;
- le consortium régional en douleur chronique;
- le 3e renouvellement des accréditations et l'accréditation des nouveaux GMF;
- les dossiers médicaux électroniques en GMF;
- l'informatisation des GMF et du réseau.

Liste des membres du comité de direction du DRMG (au 31 mars 2013)

Dre Manon Bernier Table médicale territoriale d'Arthabaska-et-de-l'Érable	Dr Guy Grenier Table médicale territoriale de Maskinongé
Dr Éric Dauth Table médicale territoriale de Trois-Rivières	Dr Jocelyn Hébert Table médicale territoriale de Bécancour–Nicolet-Yamaska
Dr Réjean Duplain Représentant de la Faculté de l'Université de Montréal – Campus Mauricie	Dr Dany Sirois Table médicale territoriale de l'Énergie
Dr Benoît Gervais Table médicale territoriale de Drummondville	Dre Christine Jacques Table médicale territoriale de la Vallée-de-la-Batiscan
Dr Guy Gingras Table médicale territoriale du Haut-Saint-Maurice	M. Gaëtan Lamy Membre d'office Président-directeur général de l'Agence

LA TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE

Résultats atteints

Le comité de direction de la TRCDMS a tenu deux rencontres en 2012-2013. Les questions abordées au cours de ces réunions sont notamment les suivantes :

- l'optimisation des laboratoires;
- la dentisterie;
- le Plan régional en traumatologie 2012-2017;
- l'accès aux services médicaux en imagerie médicale et en services spécialisés;
- le continuum de services en douleur chronique;

Liste des membres du comité de direction de la TRCDMS (au 31 mars 2013)

Dr Étienne Bureau Membre coopté, chirurgie CSSS de Trois-Rivières Représentant de la Mauricie	Dr Daniel Carrier Membre élu, médecine CSSS Drummond
Dr Jean-Claude Cantin Membre coopté, pédiatrie CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	Dr Michel Leblanc Membre coopté, médecine nucléaire CSSS de Trois-Rivières
Dr Christian Carrier Membre élu, médecine de laboratoire CSSS de Trois-Rivières	Dr Bruno Robert Membre coopté, anesthésiologie CSSS Drummond
Poste vacant Membre coopté, psychiatrie	Dr Jean-François Poissant Membre élu, chirurgie CSSS de l'Énergie
Dr Georges Desrochers Membre coopté, médecine CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable Représentant du Centre-du-Québec	Dre Chantale Raymond Membre cooptée, gynécologie obstétrique CSSS Drummond
Dr Réjean Duplain Membre coopté Faculté de médecine, Université de Montréal	M. Gaétan Lamy Membre d'office Président-directeur général de l'Agence

LE COMITÉ RÉGIONAL DES SERVICES PHARMACEUTIQUES

Résultats atteints

Le CRSP a tenu quatre rencontres en 2012-2013. Au cours de ces réunions, les questions suivantes ont entre autres été abordées :

- les risques associés à la chaleur accablante et les conclusions de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) sur les médicaments du système nerveux central et les canicules;
- les effectifs des pharmaciens en établissement, dans un contexte persistant de pénurie des ressources;
- la rupture d'approvisionnements des médicaments;
- le projet d'un programme de formation collégiale en techniques pharmaceutiques au Cégep de Drummondville;
- les ordonnances collectives nationales.

Liste des membres du comité régional sur les services pharmaceutiques (au 31 mars 2013)

M. Nicolas Blanchette, président Membre élu Pharmacien propriétaire, RLS Drummond	M. Louis Trudel Membre nommé Pharmacien propriétaire, RLS Trois-Rivières
M[me] Hélène Lamy Membre élue Pharmacienne en établissement, RLS Centre-de-la-Mauricie	M. Charles Fortier, vice-président Membre nommé Pharmacien en établissement, RLS Drummond
M[me] Anne-Claude Boyer Membre élue Pharmacienne communautaire, RLS Trois-Rivières	M[me] Chantal Morissette Membre nommée Pharmacienne communautaire, RLS Trois-Rivières
M[me] Isabelle Houle Membre nommée Pharmacienne-chef, RLS Haut-Saint-Maurice	M. Yvon Rousseau Membre nommé Pharmacien-chef, RLS Maskinongé
M. Gaétan Lamy Membre d'office Président-directeur général de l'Agence	

LE COMITÉ POUR LES PROGRAMMES D'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ ET AUX SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE

Résultats atteints

Le comité d'accès à des services en langue anglaise a tenu une rencontre en 2012-2013 au cours de laquelle les projets associés à la mise en œuvre de la Politique régionale d'accessibilité linguistique et du Programme régional d'accès aux services en langue anglaise ont été les principaux sujets abordés.

Liste des membres du comité pour les programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise (au 31 mars 2013)

M[me] Carol Chiasson Trois-Rivières	M[me] Charlotte Doucett Trois-Rivières
M. Stéphane Roy Shawinigan	M[me] Elana MacDougall Trois-Rivières
M[me] Su Abbott Trois-Rivières	M. Geoffrey Mecham Sainte-Clothilde-de-Horton

LA QUALITÉ ET LA PRESTATION SÉCURITAIRE DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX*

Conformément à l'article 340 de la LSSSS, l'Agence doit s'assurer d'une prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux. Pour ce faire, différentes activités sont réalisées, notamment sur les sujets suivants : la gestion des risques, l'utilisation des mesures de contrôle et le suivi des rapports du coroner.

LA GESTION DES RISQUES

Depuis l'année 2011-2012, le MSSS publie un rapport semestriel sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec. Ce rapport présente les données issues d'un registre national sur les incidents et accidents, dont le but est d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et des services.

Pour l'année 2012-2013, 27 870 événements ont été déclarés dans la région. La majorité des événements survenus suivent la tendance nationale, c'est-à-dire que les chutes (42 %) et la médication (34 %) sont les événements les plus fréquents. Bien qu'il s'agisse d'un nombre relativement important d'événements, soulignons que la très grande majorité d'entre eux n'ont eu aucune conséquence importante sur les personnes. De plus, il convient de mettre en perspective ces résultats en considérant les centaines de milliers d'interventions et de gestes posés par le personnel du réseau régional. Comme le risque d'incidents et d'accidents est bien réel, il importe que ces événements soient connus pour que l'on puisse en faire l'analyse et apporter des correctifs dans un objectif de prévention.

La publication du rapport semestriel a mis en évidence la pertinence d'harmoniser davantage les pratiques de déclaration de ces événements. À cet effet, des travaux régionaux ont été entrepris pour réaliser un guide d'application régional sur la déclaration des incidents et accidents. Un premier volet portant sur la déclaration des chutes a été publié et les travaux se poursuivent pour harmoniser la déclaration des erreurs de médicaments.

** Note : Pour prendre connaissance des résultats liés à la satisfaction des usagers, au traitement de leurs plaintes et au respect de leurs droits, consultez le Rapport 2012-2013 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits, accessible au www.agencess04.qc.ca.*

Considérant l'importance d'assurer une prestation sécuritaire des soins et des services, des formations régionales ont été offertes dans le but de soutenir les différents acteurs en gestion des risques. D'abord, 11 des 12 établissements de la région ont participé au programme de formation du MSSS sur le fonctionnement des comités de gestion des risques. Deux autres formations ont également été offertes, l'une portant sur le nouveau cadre canadien d'analyse des incidents et accidents, et la seconde sur l'analyse des modes de défaillance et de leurs effets (AMDE), un modèle d'analyse prospective recommandé par Agrément Canada.

LES MESURES DE CONTRÔLE

Un guide régional d'application des mesures de contrôle a été réalisé en 2011-2012 pour soutenir la révision des protocoles des établissements, harmoniser les pratiques et déterminer des indicateurs communs au plan régional. L'implantation de ce guide régional s'est actualisée en 2012-2013, principalement dans les CSSS et les deux centres de réadaptation en déficience. L'utilisation d'indicateurs communs permettra de dresser un portrait régional de l'application des mesures de contrôle et d'identifier, s'il y a lieu, des actions favorisant le respect des orientations ministérielles en cette matière.

Des formations ont été offertes dans dix établissements, notamment dans les secteurs suivants : soins de longue et courte durée et ressources non institutionnelles (RNI). Pour la plupart des établissements, ces formations sont offertes en association avec le programme de prévention des chutes et l'utilisation de mesures alternatives (tapis de chute, coussin antiglissement, moniteur sensoriel, etc.).

Enfin, soulignons qu'en conformité avec leur obligation légale, les établissements disposent tous d'un protocole sur l'application des mesures de contrôle.

LES RAPPORTS DU CORONER

L'Agence veille à ce qu'un suivi soit accordé à l'ensemble des recommandations formulées par le coroner et identifie, s'il y a lieu, des interventions régionales à réaliser en vue de prévenir les accidents évitables.

Pour l'année 2012-2013, deux établissements ont été visés par des recommandations du coroner portant, d'une part, sur la révision des interventions appliquées pour s'assurer de leur conformité avec les standards de la pratique infirmière et, d'autre part, sur les mesures de suivi mises en place lorsqu'un usager quitte l'hôpital suite à une tentative de suicide. Le suivi attendu est complété pour un des établissements concernés. Pour l'autre, les démarches sont en cours.

Deux recommandations du coroner ont également été adressées à l'Agence, l'une portant sur les protocoles d'intervention des services préhospitaliers d'urgence, l'autre concernant une résidence privée pour aînés (RPA). Un suivi a été réalisé de façon satisfaisante pour ces deux recommandations.

Enfin, soulignons que l'Agence diffuse, à titre préventif, les recommandations du coroner pouvant s'appliquer à plus d'un établissement afin d'éviter que ne surviennent des accidents et des décès similaires.

LES VISITES D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DU MILIEU DE VIE EN CHSLD

Au cours de l'année 2012-2013, l'Agence a visité trois CHSLD en collaboration avec l'équipe mandatée par le MSSS. Ces visites s'inscrivent dans un nouveau cycle où chacune des installations CHSLD de la région devra être visitée tous les deux ans.

Dans le cadre de ces visites, cinq thèmes font l'objet d'évaluation :

- les pratiques organisationnelles, administratives et professionnelles;
- l'accueil du résident;
- les activités de la vie quotidienne;
- les lieux adaptés;
- l'accompagnement dans l'étape de fin de vie.

L'Agence, accompagnée du MSSS, procède aux visites d'évaluation. Celle-ci convient par la suite, avec chaque établissement, d'un plan d'amélioration découlant du rapport de visite. De plus, l'Agence assure le suivi des plans d'amélioration en effectuant des visites des lieux d'hébergement afin de constater l'état d'avancement de l'implantation des recommandations. Au cours de l'année, neuf installations ont été visitées dans le cadre du suivi, ce qui a permis de mettre à jour un total de huit plans d'amélioration.

LA CERTIFICATION DES RÉSIDENCES PRIVÉES POUR AÎNÉS

Il appartient à l'Agence de procéder à la certification des résidences privées pour aînés de son territoire. Aussi, de manière continue et en collaboration avec les partenaires impliqués, l'Agence mène les actions nécessaires au maintien de la conformité des RPA de la région aux critères de certification. L'Agence accompagne aussi les ressources qui doivent renouveler leur certification, effectue des suivis de gestion et réalise des visites d'inspection.

De manière plus spécifique, en 2012-2013 :

- L'Agence a accompagné les RPA en renouvellement et en demande d'information. De plus, plusieurs suivis de gestion, 20 visites d'inspection, ainsi que 3 rencontres d'accompagnement avec les familles en contexte de fermeture ont été réalisées.
- Le comité de certification de l'Agence a tenu 7 rencontres et a recommandé la délivrance d'un certificat de conformité à 60 résidences privées pour aînés. Il a également analysé plusieurs situations où étaient questionnés certains éléments de conformité (relocalisation, préavis de non-certification, fermeture et autres sujets) et formulé des orientations à cet effet.

LA CERTIFICATION DES RESSOURCES EN TOXICOMANIE OU EN JEU PATHOLOGIQUE

L'Agence a soutenu les ressources en processus de certification en les informant sur la réglementation et en offrant un accompagnement, au besoin. Au terme de l'année 2012-2013, le comité de certification mis en place par l'Agence pour analyser et recommander l'émission des certificats de conformité avait attribué la certification à quatre ressources. Le comité a aussi transmis ses orientations relativement aux problématiques soumises à son attention.

LES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

- Au cours de l'année 2012-2013, le CCS de la Mauricie et du Centre-du-Québec a sollicité 61 519 ressources ambulancières, ce qui inclut les appels d'urgence provenant de la population et ceux provenant des différents centres hospitaliers de la région. Le CCS a également sollicité 2 117 ressources de type premiers répondants.

- L'Agence a offert un total de 177 jours de perfectionnement aux techniciens ambulanciers paramédics de la région. Les sujets portaient entre autres sur la réanimation et la formation médico-légale. Aussi, une formation régionale portant sur l'implantation des corridors de services pour les accidents vasculaires cérébraux (AVC) et les modalités de l'entente avec les sages-femmes a été introduite à l'automne 2012.

- Lors de la dernière année, 3 851 protocoles cliniques ont été analysés dans le cadre du Programme d'amélioration continue de la qualité des services préhospitaliers d'urgence. De ce nombre, il y a eu 2 012 protocoles médicaux (médicaments et ECG 12-D), 266 protocoles médicaux légaux (réanimations impraticables, directives de non-initiation de la réanimation et morts évidentes), 7 protocoles pédiatriques (difficultés respiratoires et anaphylaxie), 489 protocoles de réanimation, 616 protocoles de traumatologie et 461 protocoles de refus de services.

- L'analyse rétrospective des performances démontre une conformité globale de 91 %. Au cours de l'année, la consolidation du Programme d'amélioration continue de la qualité a permis d'améliorer le taux de conformité et également de prévenir la récidive des écarts aux protocoles.

- L'ensemble des municipalités ayant actuellement un service de premiers répondants a été rencontré afin de leur présenter la mise en place des nouveaux niveaux de premiers répondants et de les informer sur les nouvelles modalités de formation. À cet égard, l'Agence a imparti la formation des premiers répondants au Collège de Shawinigan, en raison de son expertise. Au total, les premiers répondants de la région ont effectué près de 1 800 sorties cette année.

- La Fondation ACT forme des enseignants comme « Instructeurs en RCR et DEA ». Cette année, 23 enseignants ont été formés en Mauricie et 13 au Centre-du-Québec. Ajoutons que 3 885 élèves sont aussi formés dans la région chaque année.

- Notons que les élèves seront également formés pour la défibrillation lorsque la Fondation pourra équiper les écoles. Des collectes de fonds sont en cours présentement pour que le tout soit offert gratuitement. Au Québec, 353 écoles participent au Programme de réanimation cardiorespiratoire (RCR) au secondaire. Une centaine d'entre elles sont équipées pour l'enseignement de la défibrillation.

LA SANTÉ PUBLIQUE

LES AVIS DE SANTÉ PUBLIQUE

En 2012-2013, la Direction de santé publique (DSP) a émis des avis ou communiqués sur différents sujets :

- le Rapport de l'enquête régionale 2008 sur les habitudes de jeu et la prévalence du jeu excessif de la population vivant à proximité du salon de jeux de Trois-Rivières;

- la présence de benzène dans le réseau d'eau de consommation de Fortierville;

- la présence de matières dangereuses sur le site de l'ancienne usine Aleris;

- l'appel à la vigilance concernant la maladie respiratoire sévère avec atteinte neurologique pour les voyageurs de retour du Cambodge;
- la qualité de l'air intérieur dans un logement de Shawinigan;
- les périodes de chaleur accablante;
- les Jeux du Québec à Shawinigan (vigilance et risques en santé publique);
- la campagne de prévention sur le monoxyde de carbone;
- la conservation des comprimés d'iode dans le cadre de la mise à l'arrêt de Gentilly-2.

LA COMMUNICATION À LA POPULATION

En 2012-2013, plusieurs interventions de communication ont été réalisées dans le but d'informer la population. Notamment, en lien avec la promotion des saines habitudes de vie, une formation sur mesure et des outils ont été développés pour soutenir les kinésiologues des CSSS oeuvrant en milieu de travail (vidéo, plaque de reconnaissance, etc.).

L'équipe a aussi mené des actions ciblées dans divers dossiers :

- la diffusion du Rapport du directeur de santé publique sur les inégalités sociales de santé accompagnée d'une tournée de sensibilisation auprès de l'ensemble des partenaires;
- la diffusion des données régionales et locales de l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011 auprès de la population ainsi qu'une journée d'appropriation destinée aux intervenants du réseau et des partenaires de l'éducation;
- la réalisation d'une campagne de prévention destinée à la population sur le monoxyde de carbone;
- la réalisation d'une campagne télévisée pour promouvoir la vaccination contre la grippe et la prévention des infections.

LE VOLET PRÉVENTION-PROMOTION

Les saines habitudes de vie : l'alimentation, le mode de vie physiquement actif et le non-tabagisme

La DSP réalise annuellement des activités de promotion par des campagnes sociétales et soutient les CSSS dans l'accompagnement des milieux scolaires, de travail, communautaires et municipaux dans l'acquisition de saines habitudes de vie (Défi Santé 5/30 Équilibre 2013, programme Viactive, etc.). Le cas échéant, l'Agence offre un soutien financier, produit différents outils, organise des formations et assure la coordination des activités réalisées dans la région à ce chapitre, et ce, en étroite collaboration avec les équipes locales en saines habitudes de vie des CSSS. Une emphase particulière a été mise dans la dernière année afin de soutenir les CSSS dans leurs actions auprès des milieux de travail. Enfin, l'Agence a porté une attention particulière aux centres d'abandon du tabagisme (CAT), présents dans chaque CSSS, afin de s'assurer qu'ils puissent répondre aux demandes de services et aux références des professionnels de la santé.

Le Plan d'action gouvernemental pour la promotion des saines habitudes de vie et la prévention des problèmes reliés au poids : Investir pour l'avenir 2006-2012

L'Agence assume la coordination de la mise en œuvre du plan en Mauricie et au Centre-du-Québec. Le directeur régional de santé publique préside ainsi les deux comités stratégiques formés au sein des conférences administratives régionales de la Mauricie et du Centre-du-Québec. L'Agence soutient aussi l'action des comités intersectoriels, s'assure de la mobilisation des partenaires, réalise le suivi et l'évaluation des projets régionaux et effectue de la sensibilisation aux environnements favorables pour de saines habitudes de vie.

Deux projets régionaux sont actuellement en déploiement en Mauricie et au Centre-du-Québec. Ils visent l'acquisition d'une alimentation saine et équilibrée pour les jeunes et leurs familles tout en soutenant le développement des compétences dans le choix et la préparation d'aliments sains. Ces projets, *Accès Bouffe Santé!* au Centre-du-Québec et *Ça mijote en Mauricie*, agissent également sur les déterminants de la sécurité alimentaire.

L'harmonisation de l'offre de service en prévention et promotion en milieu scolaire (approche École en santé)

L'Agence, en collaboration avec les CSSS, a conçu un guide permettant d'harmoniser l'offre de service en prévention et promotion destinée au milieu scolaire. Un plan de mise en œuvre a été conçu pour accompagner le déploiement de l'offre de service au niveau primaire, en cours sur l'ensemble du territoire.

De plus, l'Agence, en collaboration avec la Direction régionale du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS), soutient une communauté de pratique dans le cadre de la démarche École en santé. Aussi, un portrait régional de l'offre de services cliniques dans les écoles secondaires a été réalisé. Un plan d'action permettra d'améliorer l'organisation et l'offre de services préventifs jugés prioritaires à offrir dans l'ensemble des territoires.

Le soutien au développement ou à la consolidation d'initiatives concertées en sécurité alimentaire

Parmi les actions réalisées en 2012-2013, signalons :

- Un soutien aux seize organismes communautaires de la région entre lesquels sont partagés 263 000 $ pour la réalisation d'activités en autonomie et en dépannage alimentaire.
- Une contribution financière de 13 500 $ et un accompagnement pour le déploiement régional de l'action partenariale *Se nourrir, agir et se développer*, qui vise à accompagner les groupes de distribution alimentaire.
- La sensibilisation des acteurs de la santé publique et des partenaires intersectoriels sur l'accessibilité pour tous à une saine alimentation dans la région par la diffusion des faits saillants de l'étude sur le coût du panier à provisions nutritif.
- La formation en hygiène et salubrité offerte aux organismes communautaires et caritatifs en contexte d'aide alimentaire.

L'implantation de la Politique de périnatalité 2008-2018

L'Agence soutient et accompagne les établissements dans la réalisation des travaux d'implantation et en évalue la progression. Des crédits alloués en juin 2012 ont permis de soutenir l'offre spécifique de services correspondant à des mesures de la Politique de périnatalité, notamment l'implantation d'un avis de grossesse, l'harmonisation de l'information prénatale et des visites postnatales ainsi que le soutien à l'allaitement.

De plus, les travaux de mobilisation de l'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle se sont poursuivis tout comme ceux sur la répartition des places en service de garde.

LE VOLET PROTECTION

Les maladies à déclaration obligatoire

Plusieurs infections doivent être déclarées obligatoirement à la santé publique par les médecins et laboratoires de la région : ce sont les maladies dites à déclaration obligatoire (MADO). En 2012-2013, l'équipe en maladies infectieuses a reçu 2 522 déclarations et a mené, pour chacune, les interventions de santé publique pertinentes.

Au début de l'été 2012, une augmentation importante du nombre de cas de coqueluche a été notée dans la région. Du 1er avril 2012 au 31 mars 2013, 248 cas ont été rapportés sur le territoire de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Plusieurs interventions ont été faites en lien avec cette éclosion. Un communiqué de presse a été diffusé le 14 août 2012. Des partenaires tels que les CSSS et les milieux de garde ont été interpellés pour tenter d'améliorer la couverture vaccinale des personnes vulnérables et de leurs proches. Deux capsules d'information ont aussi été diffusées aux médecins de la région. Des démarches ont été menées pour faciliter l'accès aux tests diagnostiques et une surveillance étroite de la situation a été faite. La fin de l'éclosion a été notée en février 2013.

L'immunisation

Au cours de la dernière année, l'Agence a soutenu l'implantation régionale d'une application Web, appelée SI-PMI « système d'information pour la protection en maladies infectieuses », relativement aux activités d'immunisation. Elle a, d'une part, coordonné l'implantation régionale du module sur la gestion des produits immunisants et la formation des utilisateurs et, d'autre part, coordonné la préparation à l'implantation du module « registre vaccinal ». Ce module sera en implantation à compter d'avril 2014.

Une seconde démarche relative à l'immunisation est en cours et porte sur l'organisation de la vaccination chez les enfants de 0-5 ans de la région. À partir d'un portrait des services de vaccination des enfants 0-5 ans, un modèle optimal d'organisation sera créé. L'échéance du projet est prévue pour la fin 2014.

La santé environnementale

Le DSP est aussi responsable du dossier de la santé environnementale pour l'ensemble de la région. Parmi ses interventions en 2012-2013, signalons :

- La réalisation de campagnes de presse dont une portant sur la chaleur accablante et s'adressant aux citoyens et aux différents partenaires (municipalités, CSSS, etc.). Une seconde, intitulée *Le monoxyde de carbone tue!*, a été réalisée en collaboration avec plusieurs entreprises en chauffage de la région et les municipalités.

- L'analyse du projet d'agrandissement du lieu d'enfouissement technique de Saint-Nicéphore et la participation aux consultations du Bureau d'audiences publiques sur l'environnement comme spécialiste de la santé.

- Le travail de vigie et de protection relativement aux certificats d'analyse d'eau potable concernant la qualité microbiologique et physico-chimique des réseaux réglementés.

- La réponse et le soutien technique à 104 demandes de service de la population, sur différents sujets : problèmes de qualité de l'air intérieur (principalement en lien avec les moisissures), présence d'insectes nuisibles (en majorité pour les punaises de lit), etc.

- La révision des lignes directrices pour l'utilisation des comprimés d'iode stable en cas d'accident à la centrale Gentilly-2.

La santé au travail

La CSST confie au réseau de la santé, par l'entremise du directeur de santé publique, le mandat de la santé au travail.

L'équipe régionale de santé au travail a pour mandat d'évaluer les programmes de santé, de collaborer aux démarches de l'équipe des maladies à déclaration obligatoire et d'élaborer, en collaboration avec les CSSS, les outils nécessaires pour offrir des services équitables et de qualité aux employeurs et travailleurs de la région. Aussi, dans le cadre des programmes de santé élaborés sur mesure pour chacune des entreprises ciblées en 2012-2013, les trois CSSS gestionnaires de la santé au travail (de l'Énergie, de Trois-Rivières et Drummond) ont rendu des services dans 86 % des entreprises ciblées (500/580).

Le 1er juillet 2012, les équipes de santé au travail du CSSS de l'Énergie et du CSSS de Trois-Rivières ont été fusionnées et sont maintenant sous la gouverne du CSSS de l'Énergie. Cette réorganisation fait suite à une révision du plan d'organisation des services de santé au travail pour la région.

LE VOLET SURVEILLANCE-ÉVALUATION

Cette équipe veille à l'actualisation du plan commun de surveillance pour la région, et ce, en conformité avec les exigences de la Loi sur la santé publique. Elle réalise aussi, pour différentes clientèles et territoires, des évaluations de projets particuliers, des portraits de l'état de santé, ainsi que des tableaux d'indicateurs sociosanitaires. Parmi les sujets touchés au cours de la dernière année figurent, pour la population de 15 ans et plus, la santé mentale, la santé buccodentaire, la perception de l'état de santé ainsi que les comportements de santé propres aux femmes, les comportements sexuels et l'usage de la contraception, le statut pondéral et l'utilisation de produits ou moyens amaigrissants.

De plus, la DSP a lancé un nouveau site Internet, l'Atlas des inégalités de santé et de bien-être de la Mauricie et du Centre-du-Québec (www.aisbe-mcq.ca). Ce site est une suite du rapport du directeur intitulé *Les inégalités sociales de santé ne sont pas une fatalité : voyons-y!*, rapport qui a été publié en mai 2012.

LA COORDINATION INTERSECTORIELLE

LES AGRESSIONS SEXUELLES ET LA VIOLENCE CONJUGALE

- La quatrième édition du Carrefour des pratiques en matière d'agression sexuelle et de violence conjugale, tenue en juin 2012, a mobilisé près de 200 personnes provenant de tous les secteurs signataires de la Politique gouvernementale en matière de violence conjugale et des Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle.

- Les participants à cet événement ont pu échanger sur les pratiques de pointe en prévention, le dépistage et l'intervention auprès de victimes, des proches et des auteurs. Des initiatives des différents secteurs ont aussi été mises en lumière, pour ainsi favoriser le réseautage. Trois conférenciers ont contribué à faire de cette journée un franc succès.

- Trois formations tests sur l'identification précoce de la violence conjugale ont été données aux professionnelles de la coiffure dans le cadre du programme Soyons de mèche! Cette formation théorique et pratique a été élaborée afin qu'elles développent les habiletés requises pour reconnaître les signes de violence conjugale chez leurs clientes et référer celles-ci vers des ressources d'aide.

- Des formations sur le processus de domination conjugale et l'intervention auprès des hommes ayant été agressés ont été offertes aux intervenantes des CSSS et des organismes communautaires.

- Sous le thème *Parlez-lui. Votre regard compte pour elle*, une campagne de sensibilsation sur l'hypersexualisation a été élaborée afin de rejoindre les parents de jeunes filles de 11 et 12 ans, plus particulièrement les pères. Cette campagne s'est déroulée principalement à la télévision et sur le Web.

L'ITINÉRANCE

L'Agence a contribué à la réalisation de plusieurs actions visant la prévention et la réduction du phénomène de l'itinérance, d'une part à titre de partenaire dans le déploiement de deux programmes fédéraux de contribution financière et, d'autre part, en soutien à la réalisation de mesures du Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013.

La Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance 2011-2014

Responsable du projet de mise en œuvre des plans communautaires en itinérance pour les villes de Drummondville et Trois-Rivières, l'Agence a coordonné l'élaboration, soutenu la mise à jour, la réalisation et le suivi des plans présentés dans le cadre de ce programme fédéral. Elle a aussi soutenu les travaux de deux tables de concertation représentatives de la communauté. Le soutien financier attribué à plusieurs projets (7 à Trois-Rivières, 6 à Drummondville, 4 à Shawinigan et 1 à Victoriaville) a été reconduit.

Le Programme de soutien au financement du traitement de la toxicomanie

Ce second programme fédéral vise l'amélioration de l'offre de service auprès de la clientèle en itinérance. Une première mesure, visant la réalisation de projets de réinsertion sociale, a permis la mise en œuvre de deux projets (Trois-Rivières et Drummondville). Une deuxième mesure, portant sur la mise en place d'équipes de proximité ou l'amélioration de l'offre de service d'équipes existantes, a mené à la bonification du projet pilote *Équipe itinérance de Trois-Rivières* et à la mise en place d'une équipe de proximité à Drummondville. Ces projets qui se sont terminés le 31 mars 2012 font l'objet d'une évaluation débutée en 2013.

Le Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013

Deux projets pilotes sont en cours sur le territoire de Trois-Rivières. Un premier visant à améliorer, adapter et coordonner l'intervention auprès des personnes itinérantes est en œuvre depuis novembre 2010. L'Agence a coordonné les activités du comité directeur régional et des mandats en découlant, dont :

- La mise à jour du plan de travail visant l'identification de pistes d'action prioritaires pour améliorer l'accès, la qualité, la continuité et la complémentarité des services.

- L'expérimentation d'actions concertées visant l'amélioration de la réponse aux besoins des personnes en situation d'itinérance. L'année 2012-2013 a notamment permis la mise en place d'un groupe de travail concernant spécifiquement la problématique itinérance et justice. À ce jour, deux projets sont en voie d'élaboration, un dédié aux jeunes *squeegees* et, l'autre, les personnes très vulnérables dont l'état se détériore, mais pour lesquelles la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui ne peut être utilisée, compte tenu de l'absence de dangerosité immédiate.

L'Agence s'assure aussi du suivi des actions ciblées et de l'interface avec la table interministérielle en itinérance.

Par ailleurs, l'Agence collabore à la réalisation d'un projet pilote *Équipe itinérance de Trois-Rivières* (équipe d'intervenants mobiles) visant à améliorer la coordination des services et le suivi de la clientèle à Trois-Rivières. L'Agence assure le suivi de ce projet et les interfaces avec la démarche de coordination intersectorielle en itinérance de Trois-Rivières, tout en contribuant au financement du projet.

Finalement, l'Agence a été sollicitée par plusieurs régions du Québec pour diffuser l'expertise qu'elle a développée tant au niveau de la coordination intersectorielle que pour la mise en place de projets d'équipes de proximité.

LA MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES AÎNÉES

Le Plan d'action régional pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2012-2015 a été adopté par le comité d'orientation régional le 30 mai 2012.

Les principales actions réalisées en 2012-2013 par le réseau de la santé et des services sociaux sont les suivantes :

- Une formation donnée dans tous les CSSS aux intervenants sociaux du maintien à domicile sur le dépistage et l'intervention en maltraitance.
- Une formation d'agents multiplicateurs pour les entreprises d'économie sociale en aide domestique du Centre-du-Québec afin qu'elles puissent outiller les préposés sur les notions de repérage; cette formation a été donnée par un formateur des CSSS du Centre-du-Québec.
- L'élaboration d'une grille de dépistage des facteurs de risque à la maltraitance par un sous-comité de la table régionale soutien à l'autonomie des personnnes âgées (SAPA) - déficience physique (DP).
- La préparation d'une campagne publicitaire d'envergure pour la Mauricie avec le soutien financier de la Conférence régionale des élus (CRÉ) de la Mauricie.

De plus, plusieurs présentations et actions de sensibilisation ont été faites tout au long de l'année. Signalons également que les différents organismes sociaux du milieu ont réalisé diverses actions en lien avec le Plan d'action régional pour contrer la maltraitance.

LES MÉCANISMES D'INFORMATION ET DE CONSULTATION DE LA POPULATION

Au cours de la dernière année, une démarche de consultation interne a été amorcée dans le but de soutenir l'élaboration d'un plan permettant à l'Agence d'associer les moyens et les modalités de communication appropriés aux objectifs qu'elle poursuit en matière d'information et de consultation de la population. Cette planification sera adoptée au cours de l'année 2013-2014.

En vertu de la LSSSS, l'Agence doit prévoir des modalités, développer des mécanismes pour informer la population, la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services et pour connaître sa satisfaction en regard des résultats obtenus (art. 340). L'inventaire dressé fait état de plusieurs axes de communication et de consultation déjà investis. Dans ce contexte, cet exercice de révision des pratiques s'inscrit dans une perspective d'adaptation et d'amélioration continue. L'exercice pose aussi le défi de concilier la finalité qui sous-tend cette responsabilité avec le rôle particulier de l'Agence comme instance de coordination dont les activités sont en bonne partie de nature administrative.

LE PROJET RÉGIONAL

LA MISE EN ŒUVRE DE LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE

L'Agence a doté la région d'un plan stratégique pluriannuel pour les années 2010 à 2015. Ce plan a été adopté par le conseil d'administration puis approuvé officiellement par le ministre de la Santé et des Services sociaux le 20 décembre 2010.

La vision régionale sous-jacente au Plan stratégique 2010-2015 de la Mauricie et du Centre-du-Québec est d'agir en réseaux locaux performants, au sein d'un réseau régional cohérent, assurant à la population l'accès aux services le plus près possible de son milieu de vie. Les quatre enjeux auxquels il doit répondre sont :

- l'action concertée sur les déterminants et réduction des inégalités de santé et de bien-être;
- l'accessibilité, la continuité et la hiérarchisation des services;
- la qualité et l'efficience des services à la population;
- la gestion renouvelée des ressources humaines.

UN PLAN DE MISE EN ŒUVRE SUR DEUX ANS

Élaboré dans un contexte de ralentissement du rythme de croissance des dépenses, le Plan d'action 2011-2013 du Plan stratégique 2010-2015 de la Mauricie et du Centre-du-Québec symbolise les choix nécessaires à une vision intégrée, une concentration et une intégration des efforts sur des leviers jugés nécessaires à l'amélioration de la performance. Dans le même sens, ce plan d'action régional constitue la base des ententes de gestion avec le MSSS et avec les établissements.

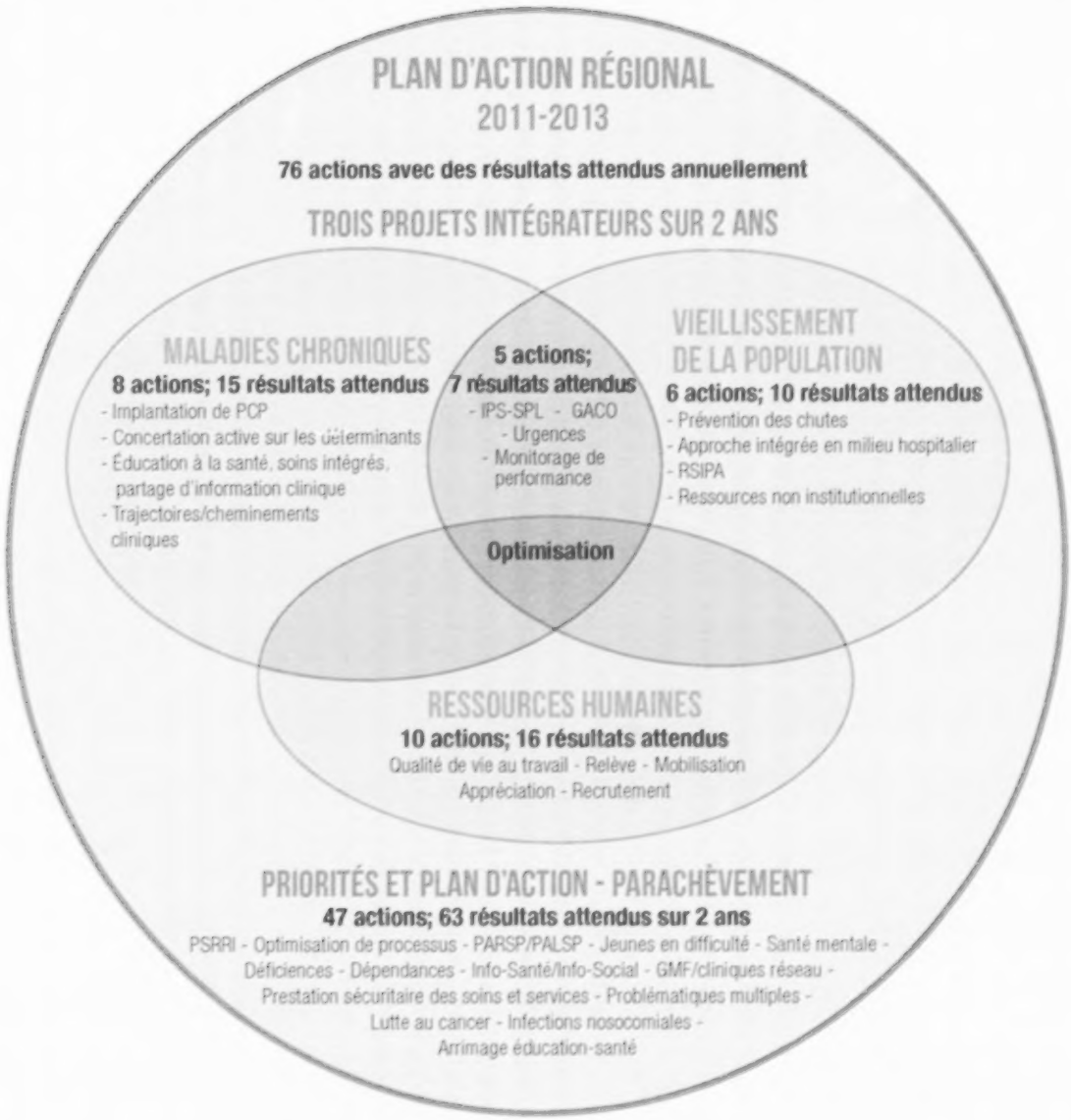
Dans l'exercice de son rôle, l'Agence a assuré la cohérence des actions priorisées avec le Plan stratégique régional. Le contenu du Plan d'action 2011-2013 est le fruit d'un processus visant l'intégration de tous les programmes-services et des secteurs de soutien telles les ressources humaines, informationnelles et financières. Ce projet régional s'est aussi enrichi de la participation des établissements du réseau par les échanges avec le Comité régional des directeurs généraux (CRDG) et par une consultation des équipes de direction de chaque établissement. De plus, les commentaires obtenus des établissements au moment de l'analyse de faisabilité du plan stratégique ont été réinvestis dans ce processus.

Le Plan d'action 2011-2013 contient deux sections : les actions associées à la réalisation de trois projets intégrateurs et les actions pour le parachèvement de priorités et de plans d'action spécifiques. Les trois projets intégrateurs portent sur les maladies chroniques, le vieillissement de la population et les ressources humaines. Ils visent essentiellement à canaliser les actions du réseau pour agir sur l'ensemble de l'organisation des soins et services, ainsi que sur les ressources humaines essentielles à la réponse aux besoins de ces clientèles. Enfin, chaque objectif stratégique de résultat retenu dans ce premier plan d'action est présenté sur une fiche décrivant les actions ciblées, leur bien-fondé, les résultats attendus pour les deux exercices couverts, les contributeurs à la réalisation ainsi que leurs rôles et responsabilités.

2010-2015

PLAN STRATÉGIQUE
DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC

4 enjeux, 8 orientations, 34 objectifs de résultats



Source : Plan d'action 2011-2013, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, p. 10.

LA STRATÉGIE RÉGIONALE D'OPTIMISATION

La démarche régionale d'optimisation élaborée par l'Agence, de concert avec les établissements, constitue l'un des moyens privilégiés pour permettre de réaliser la vision régionale sous-jacente à la planification stratégique régionale et s'inscrit dans une quête d'amélioration continue de la performance du réseau.

Une association entre l'Agence, les établissements et la Chaire interdisciplinaire de recherche et d'intervention dans les services de santé (IRISS) de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) en matière de recherche, de formation et de soutien aux établissements, a contribué significativement à l'implantation et au développement d'une culture de gestion de la performance dans le réseau.

Soulignons à ce chapitre qu'en janvier 2013, une nouvelle cohorte de 18 gestionnaires en provenance de 6 établissements ont débuté le programme court de formation de 2e cycle offert par la Chaire IRISS depuis janvier 2011. Les démarches de révision des processus qu'ils porteront dans le cadre de cette formation s'ajouteront ainsi aux quelque 20 projets d'optimisation réalisés par autant de gestionnaires ayant déjà complété le programme.

Outre l'association avec la Chaire IRISS, d'autres projets régionaux d'optimisation d'envergure ont été réalisés. À titre d'exemple, mentionnons le projet de progiciels administratifs régionaux (PAR), l'optimisation des services de buanderie, le volet circuit du médicament du projet de systèmes automatisés et robotisés pour la distribution des médicaments (SARDM) et la mise en œuvre de la planification stratégique régionale en ressources informationnelles.

Enfin, au cours de l'année 2012-2013, le CRDG a invité chacune des tables régionales à présenter des mesures d'optimisation permettant d'améliorer, dans les secteurs d'activités qui leur sont propres, l'efficience et l'efficacité du réseau régional.

La section suivante fait état des résultats obtenus en cours d'année relativement aux objectifs poursuivis dans le cadre de la mise en œuvre du Plan d'action 2011-2013 du Plan stratégique régional 2010-2015.

Les onglets en marge des textes identifient les axes d'intervention auxquels ils sont rattachés.

PLAN D'ACTION
RÉGIONAL 2011-2013 :
ÉTAT D'AVANCEMENT

Section 2

1ER PROJET INTÉGRATEUR : LA PRÉVENTION ET LA GESTION INTÉGRÉE DES MALADIES CHRONIQUES

La prévention et la gestion intégrée des maladies chroniques constituent un chantier prioritaire de la planification stratégique régionale 2010-2015. En effet, l'importance et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, associées fréquement au vieillissement de la population, exigent la mise en place des stratégies nécessaires pour faire face adéquatement à ce défi.

La prise en charge précoce des personnes atteintes vise à réduire l'impact des maladies chroniques sur leur santé, à préserver une bonne qualité de vie et à optimiser leurs capacités fonctionnelles.

Par ailleurs, les actions en prévention visent à réduire l'impact des maladies chroniques à long terme. Il a été démontré qu'une saine alimentation, l'abandon du tabac, une consommation d'alcool modérée et l'activité physique réduisent le risque de développer des problèmes cardiovasculaires ou une maladie chronique. En ce sens, l'Agence et le réseau régional poursuivent l'objectif d'une meilleure intégration de la prévention dans les services cliniques de première ligne.

On considère aussi le soutien à l'action intersectorielle comme étant une stratégie efficace pour agir sur les déterminants de la santé et les habitudes de vie des personnes, en ce qu'il favorise la cohésion de l'intervention sur des facteurs qui ne relèvent pas directement de la compétence du réseau de la santé. La promotion de la santé et la prévention de nombreux problèmes requièrent en effet l'engagement et la participation des acteurs de plusieurs secteurs d'activités.

Axe 1.2

ACTION INTERSECTORIELLE SUR LES PRINCIPAUX DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

SENSIBILISER LES PARTENAIRES INTERSECTORIELS

Il appartient à l'Agence d'assurer, sur le plan régional, un leadership dynamique et de réaliser, au sein des instances de concertation pertinentes, des activités visant à sensibiliser les partenaires intersectoriels à l'action sur les déterminants de la santé. L'Agence assure ainsi une participation active aux travaux de ces instances. Des sessions de sensibilisation aux environnements favorables pour de saines habitudes de vie sont présentement diffusées auprès des décideurs et des intervenants de différents milieux, dans le but de développer une vision régionale des environnements favorables.

IDENTIFIER LES CONVERGENCES DES ENTENTES SPÉCIFIQUES DE COLLABORATION

L'Agence agit comme partenaire dans le cadre de quatre ententes spécifiques régionales de collaboration qui concourent à agir sur des déterminants de la santé et du bien-être. Ces ententes portent sur le développement social, l'économie sociale, l'égalité entre les femmes et les hommes et la réussite éducative. Un portrait des convergences entre les actions et les objectifs des instances de concertation et des ententes spécifiques régionales, visant à mettre en lumière leur contribution potentielle à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population de la région, permettra d'élaborer des recommandations pour augmenter la synergie des actions, en vue d'obtenir de meilleurs résultats.

Axe 3.1

INTÉGRATION DE LA PRÉVENTION-PROMOTION DANS LE CONTINUUM DE SERVICES

SOUTENIR LES PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES – ABANDON DU TABAGISME

Dans le but de renforcer la prévention en 1re ligne et de faciliter l'accès aux services disponibles, l'Agence soutient les services-conseils en prévention clinique des CSSS dans l'implantation des pratiques cliniques préventives (PCP) reliées à la problématique des maladies chroniques auprès des professionnels de la santé, notamment en ce qui a trait à l'abandon du tabagisme. Les centres d'abandon du tabagisme ont ainsi fait l'objet de promotion auprès des milieux cliniques au cours de la dernière année.

L'Agence et les CSSS collaborent à l'implantation d'un outil informatisé, permettant de suivre les visites effectuées par la conseillère en prévention clinique auprès des professionnels de la santé ciblés et en fonction des pratiques cliniques préventives jugées prioritaires. Cet outil permettra d'apprécier l'impact des actions auprès des milieux cliniques concernés.

HARMONISATION, HIÉRARCHISATION ET INTÉGRATION DES SERVICES

I[illegible]NTER LE PROGRAMME D'ÉDUCATION À LA SANTÉ MA SANTÉ À VIE

Au [illegible]ment de la publication du Plan d'action régional 2011-2013, il n'existait aucun service de soutien harmonisé pour les [illegible]ents présentant des facteurs de risques de maladies cardiovasculaires. Le suivi était assuré de façon individuelle par les [illegible]decins de famille qui notaient souvent un manque de ressources et d'outils pour aider leurs patients à modifier leurs habitudes de vie malgré leur état de santé précaire.

Au terme de l'année 2012-2013, le programme d'éducation à la santé Ma santé à vie est maintenant offert par tous les CSSS, aux personnes concernées et à leurs proches, selon une approche multidisciplinaire et en intégrant cette composante importante qu'est l'autogestion. Les outils d'enseignement ont aussi été harmonisés. Des ententes de services ont été conclues avec des organismes de la communauté. La région a donc atteint l'objectif qu'elle s'était fixé pour 2011-2013.

Les CSSS ont aussi identifié les hauts consommateurs des services d'urgence et d'hospitalisation et soumetteront un plan d'action à ce sujet à l'automne 2013.

Dans tous les CSSS, des nutritionnistes et des kinésiologues effectuent le repérage et l'intervention auprès des personnes aux prises avec un syndrome métabolique (personnes présentant au moins trois facteurs de risque cardiovasculaires). Plus de 1 767 personnes ont été vues en kinésiologie en 2012-2013 (48,5 % de plus qu'en 2011-2012) et environ 2 860 personnes ont été suivies en nutrition au cours de cette même année (22,3 % de plus qu'en 2011-2012), une progression importante depuis l'année dernière.

Des ressources additionnelles (12,2 ETC au total), ajoutés en 2012-2013, permettent de consolider les équipes en prévention et gestion des maladies chroniques. Pharmaciens, travailleurs sociaux, kinésiologues, inhalothérapeutes et infirmières assurent la prise en charge de cette clientèle en CSSS.

L'Agence a assuré un suivi continu de l'implantation du programme Ma santé à vie auprès des CSSS et a offert du soutien et des outils aux infirmières coordonnatrices en prévention et gestion intégrée des maladies chroniques. Elle encourage en outre les gestionnaires à évaluer l'efficacité du programme implanté à partir d'un suivi de l'évolution de l'état de santé des participants.

CONSOLIDER LE MODÈLE DE SOINS INTÉGRÉS POUR LES PERSONNES ATTEINTES DE MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE

Un important volet de ce programme concerne le suivi systématique des personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Parmi les réalisations à ce chapitre, on note cette année que tous les CSSS de la région offrent la spirométrie de dépistage et disposent d'une clinique d'enseignement et de prise en charge des MPOC.

Soulignons également que sous le leadership de l'Agence et avec la collaboration des directrices du volet santé physique des établissements, des travaux d'élaboration d'indicateurs et d'un tableau de bord permettant d'apprécier la performance du continuum en MPOC pour notre région se sont poursuivis au cours de l'année 2012-2013.

METTRE EN PLACE UN OUTIL DE PARTAGE D'INFORMATION CLINIQUE

L'Agence a alloué aux CSSS concernés le financement nécessaire pour l'installation et l'accès au dossier patient électronique (DPE), permettant le partage d'information clinique entre les partenaires impliqués dans cette trajectoire. Ainsi, les CSSS de Bécancour– Nicolet-Yamaska et de Maskinongé ont accès et utilisent le DPE du CSSS de Trois-Rivières pour les usagers avec MPOC. Il demeure à rejoindre les usagers du CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan.

IMPLANTER LA TRAJECTOIRE CLINIQUE DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE EN GMF

On estime à plus de 15 % le taux de prévalence de l'hypertension artérielle (HTA) dans notre région et l'on sait qu'y sont reliées bon nombre d'hospitalisations, tout comme le risque de développer une maladie chronique telle l'insuffisance rénale. Il y a donc lieu d'agir davantage dans le champ de la prévention en établissant une trajectoire standardisée de dépistage et de prise en charge de l'hypertension en 1re ligne.

L'Agence structure et organise l'implantation de cette trajectoire dans le cadre de ses activités liées à la prévention et à la gestion intégrée des maladies chroniques. En ce sens, elle s'assure de faire le lien avec les pratiques cliniques préventives et d'offrir le soutien nécessaire aux équipes cliniques.

Au terme de l'année 2012-2013, 6 des 22 GMF de la région ont implanté, sur une base volontaire, le suivi systématique de l'HTA selon le guide de la Société québécoise d'hypertension artérielle. Tous les GMF effectuent par ailleurs le suivi de l'HTA.

2E PROJET INTÉGRATEUR : LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN RÉGIONAL 2010-2015 SUR LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

Le phénomène du vieillissement de la population interpelle toutes les composantes du réseau de la santé et des services sociaux. L'accroissement du nombre de personnes âgées et l'hétérogénéité des cohortes invitent à faire preuve d'ingéniosité dès maintenant afin de répondre aux besoins des aînés d'aujourd'hui et de demain. La mise en œuvre du Plan sur le vieillissement 2010-2015 cible les actions prioritaires permettant de relever ce défi.

Le plan comporte 19 objectifs de résultats regroupés autour de 3 orientations. On y souligne, en préambule, la place de plus en plus prépondérante qu'occupera le soutien à domicile dans la stratégie globale de réponse aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie.

Ainsi, le plan d'action met de l'avant l'importance :

- de soutenir l'intégration de la prévention dans les services cliniques de première ligne, notamment en ce qui a trait aux chutes à domicile;
- de poursuivre l'implantation des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées dans tous les territoires de RLS;
- de déployer l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier;
- d'intensifier les services à domicile de longue durée;
- de poursuivre la diversification des milieux de vie accessibles aux personnes en perte d'autonomie qui ne peuvent plus être maintenues à domicile.

Axe 3.1

INTÉGRATION DE LA PRÉVENTION-PROMOTION DANS LE CONTINUUM DE SERVICES

PRÉVENIR LES CHUTES CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES VIVANT À DOMICILE

La prévention des chutes est réalisée à travers les interventions spécifiques que proposent les programmes PIED (Programme intégré d'équilibre dynamique) et IMP (Intervention multifactorielle personnalisée). Ces programmes sont adaptés en fonction des caractéristiques des clientèles auxquelles ils s'adressent. Les actions portent sur l'évaluation du risque de chute et l'orientation vers l'évaluation multifactorielle des facteurs de risque. Des crédits de développement alloués depuis 2011 permettent aux établissements de consolider et d'implanter leurs programmes. Le continuum est actuellement déployé dans tous les territoires et l'Agence en évalue la progression tout en offrant du soutien aux établissements dans leurs travaux, notamment par la formation des intervenants.

Axe 3.2

HARMONISATION, HIÉRARCHISATION ET INTÉGRATION DES SERVICES

ÉLABORER LA STRATÉGIE ET LE PLAN DE FORMATION EN GESTION DE CAS

La gestion de cas est une pratique à institutionnaliser et à soutenir par la mise en œuvre d'un programme de formation pour un maintien des compétences. La formation permet d'harmoniser la fonction de gestion de cas et constitue, en outre, un levier important pour l'actualisation des autres composantes des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie (RSIPA).

L'Agence coordonne les travaux sur les RSIPA en collaboration avec les huit CSSS de la région, partage son expertise-conseil sur la gestion de cas et est à l'écoute des besoins des intervenants. L'Agence s'assure aussi d'un partage de l'expertise développée au quotidien. Enfin, elle veille à ce que le matériel de formation et sa mise à jour soient rendus disponibles en fonction des besoins exprimés.

Au cours de l'année 2012-2013, sept des huit CSSS de la région avaient formé les intervenants qui assurent des fonctions en gestion de cas. L'Agence a pour sa part coordonné des travaux qui ont permis de préciser certains éléments de la pratique clinique en gestion de cas, ainsi que des travaux d'analyse soutenant le déploiement de la solution informatique RSIPA. On situe à 71,1 % le niveau d'implantation du RSIPA dans la région, comparativement à 62,5 % au terme de l'année précédente. À titre indicatif, la cible visée pour 2015 se situe à 70 %.

INTENSIFIER LES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE DE LONGUE DURÉE

Le soutien à domicile (SAD) est une priorité de développement en Mauricie et au Centre-du-Québec. Ces services permettent aux personnes ayant des incapacités de demeurer dans leur milieu de vie et d'éviter l'épuisement des proches aidants. L'intensité des services offerts à domicile permet de faire une différence entre la poursuite du maintien à domicile et un hébergement précoce pour les personnes vieillissantes ou handicapées. Le Plan régional sur le vieillissement 2010-2015 vise ainsi une augmentation du nombre total d'heures en services de soutien à domicile de longue durée, pour les clientèles des programmes Soutien à l'autonomie des personnes aînées, Déficience physique et Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement.

L'Agence a établi, pour chaque établissement concerné, les cibles de résultats à atteindre relativement à l'intensification des services de soutien à domicile de longue durée. On constate que la cible régionale 2012-2013, établie à 703 534 heures, a été dépassée, pour un résultat de 793 498 heures. La cible regroupait des heures supplémentaires dégagées par des mesures d'optimisation (14 900, pour les programmes SAPA, DP et DI-TED) et des heures supplémentaires liées à l'injection de crédits de développement (75 517) pour la clientèle du programme SAPA. L'augmentation est plus marquée pour les services d'aide à domicile (34,1 %) que pour les services professionnels (17,9 %).

Des travaux régionaux sont en cours afin d'améliorer le suivi des listes d'attente aux services de soutien à domicile. L'attente concerne plus spécifiquement les services de réadaptation (physiothérapie, ergothérapie), les services psychosociaux, ainsi que la nutrition.

Quelques constats :

- Le nombre d'heures de services d'aide à domicile dispensées par les établissements de la région s'élève à 793 498 en 2012-2013, soit 89 964 heures de plus que la cible.

- En fonction du point de comparaison établi, soit les résultats constatés en 2009-2010, ces données indiquent une augmentation globale de 33,1 % pour les clientèles des hors programmes-services concernés et de 88,8 % pour la clientèle du programme SAPA uniquement.

AUGMENTER LE NOMBRE DE PLACES EN RESSOURCES RÉSIDENTIELLES DE PROXIMITÉ

La poursuite des efforts déployés au cours des dernières années pour intensifier les services offerts à domicile constitue l'un des axes principaux du plan régional sur le vieillissement. Cette approche favorise le maintien dans la communauté dans un milieu plus normalisant et diminue le recours à l'hébergement institutionnel.

Or, malgré l'ajout de près de 300 places en ressources intermédiaires depuis 2005, nous observons une augmentation du nombre de personnes en attente pour ce type de ressources. En outre, l'évolution démographique anticipée pour les prochaines années aura un impact significatif sur l'offre de service en hébergement, tout particulièrement en lien avec les besoins des personnes présentant des atteintes cognitives. C'est pourquoi la région s'est donnée l'objectif de travailler au développement, en 2012-2013, de 345 nouvelles places en ressources résidentielles de proximité.

Quelques constats :

En cours d'année, 158 places ont été créées en ressources résidentielles de proximité. Par ailleurs, plusieurs projets sont planifiés et se réaliseront dans les prochains mois. Des ententes ont ainsi été signées pour l'ouverture prochaine de 39 nouvelles places et d'autres processus d'appel d'offres trouveront conclusion sous peu. L'Agence effectue un monitorage continu de la création des places dans chaque territoire de CSSS.

OBJECTIFS COMMUNS AUX PROJETS INTÉGRATEURS MALADIES CHRONIQUES ET VIEILLISSEMENT

Cinq mesures inscrites au Plan d'action régional 2011-2013 sont associées tant au projet sur les maladies chroniques qu'à celui sur le vieillissement de la population. Elles portent sur l'accès aux services médicaux de première ligne, sur la gestion des urgences et sur l'évaluation de la performance des continuums de services.

Axe 2.1

ACCÈS À DES SERVICES MÉDICAUX DE PREMIÈRE LIGNE DANS UNE APPROCHE INTÉGRÉE ET INTERDISCIPLINAIRE

L'accessibilité aux services médicaux de 1re ligne constitue une priorité à laquelle l'amélioration du fonctionnement des GACO peut contribuer. L'organisation d'un accueil clinique permet aussi des gains importants à cet égard en facilitant l'accès aux ressources diagnostiques et spécialisées pour les médecins œuvrant en 1re ligne.

CONSOLIDER LES GUICHETS D'ACCÈS POUR LA CLIENTÈLE ORPHELINE ET IMPLANTER L'ACCUEIL CLINIQUE DANS LES CSSS URBAINS

Depuis la mise en application de la lettre d'entente nº 245 relative à la rémunération des médecins, tous les médecins désirant se prévaloir des forfaits de prise en charge des guichets d'accès aux clientèles orphelines se sont inscrits auprès du GACO de leur territoire. Au terme de l'année 2012-2013, 87 % des omnipraticiens de la région participent à un GACO.

Pour sa part, l'Agence a soutenu les établissements dans le démarrage des travaux d'implantation de l'accueil clinique et dans les travaux menés pour consolider l'organisation des GACO. Le financement octroyé a ainsi permis de compléter les équipes, de rendre disponible un formulaire d'inscription en ligne et enfin, d'inscrire et de prioriser la clientèle dans le système informatique prévu à cette fin.

Par ailleurs, au cours de la dernière année, les CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable et Drummond ont débuté des travaux en vue de l'implantation d'un accueil clinique.

Quelques constats :

- En mars 2013, près de 73 % de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec est inscrite auprès d'un médecin de famille, comparativement à 65 % en mars 2010. On observe ainsi une amélioration depuis quelques années. Néanmoins, la région éprouve encore des difficultés quant à l'accès aux services médicaux de 1re ligne et les répercussions sont généralement plus marquées pour les personnes dont l'état de santé nécessite un suivi médical régulier.

- À Trois-Rivières, la proportion de la population qui est inscrite auprès d'un médecin de famille est passée d'environ 50 % à 66 % au cours de la dernière année.

- En 2012-2013, 26 593 personnes ont été inscrites à un GACO et 20 406 d'entre elles ont été référées à un médecin de famille. Depuis la création des GACO en 2009, c'est 50 419 personnes qui ont été inscrites à un GACO et 37 235 d'entre elles qui ont été référées à un médecin de famille.

- La vaste majorité des médecins de la région participent au GACO de leur territoire.

INTRODUIRE LES IPS-SPL

Le déploiement des IPS-SPL a pour but d'améliorer l'offre et l'accès aux soins et services médicaux de première ligne en favorisant la prise en charge de nouveaux clients et en répondant aux besoins populationnels non comblés, en partenariat avec le médecin de famille. La région poursuit l'objectif de titulariser 45 IPS-SPL d'ici 2017.

Au cours de l'année 2012-2013, 10 IPS-SPL ont pu s'ajouter à celles déjà en fonction depuis l'année précédente pour un total de 21 pour la région. Il est à noter que trois autres postes n'ont pas été comblés faute de candidates.

L'Agence assure son rôle de leadership mobilisateur en soutenant les comités locaux d'implantation de la pratique IPS-SPL et les directrices de soins infirmiers des CSSS, sous différents aspects : le recrutement de médecins partenaires, l'identification et la préparation des milieux de stage et de pratique, la priorisation régionale auprès du DRMG, l'élaboration des ententes de partenariat.

De plus, l'Agence interpelle au besoin le MSSS, le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec ainsi que la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec afin de régler certaines questions relatives à l'encadrement clinique et légal de la pratique clinique des IPS-SPL. Enfin, l'Agence participe activement à la liaison entre les milieux de stage et le Département de sciences infirmières de l'UQTR.

Quelques constats :

Dix infirmières praticiennes spécialisées ont amorcé leur pratique dans la région en 2012-2013 :

- 3 au CSSS Drummond;
- 1 au CSSS du Haut-Saint-Maurice;
- 1 au CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska;
- 2 au CSSS de l'Énergie;
- 1 au CSSS de Maskinongé;
- 2 au CSSS de Trois-Rivières.

Axe 3.2

HARMONISATION, HIÉRARCHISATION ET INTÉGRATION DES SERVICES

LE SUIVI ET LA GESTION OPTIMALE DES URGENCES

La région poursuit l'objectif de réduire la durée moyenne de séjour (DMS) à l'urgence pour toutes les clientèles dans tous les établissements hospitaliers de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Quelques constats :

- Le nombre de patients couchés sur civière annuellement continue d'augmenter (+ 6,7 % en 2012-2013 comparativement à + 4,2 % en 2011-2012). Le nombre de patients de plus de 75 ans couchés sur civière a aussi crû de plus de 10 %. Malgré cette augmentation, la situation est demeurée stable comparativement à l'an dernier quant au pourcentage de séjours sur civière d'une durée de 48 heures et plus.
- La DMS régionale se situe à 14,4 heures pour l'année 2012-2013 (14,0 heures l'année dernière).
- Quatre établissements de la région ont mené des démarches de réorganisation et d'optimisation de leur urgence au cours de la dernière année. Deux ont utilisé la méthode Lean, tandis que les deux autres ont fait appel à la collaboration de la Chaire IRISS.

Le suivi des indicateurs

Au cours de l'année 2012-2013, les urgences des établissements de la région ont fait l'objet d'un suivi quotidien par l'Agence concernant plusieurs indicateurs, dont le nombre de patients séjournant sur civière depuis plus de 24 heures.

Dans l'ensemble, les résultats obtenus démontrent que la DMS et le pourcentage de séjours de 48 heures et plus sont demeurés stables. En contrepartie, la proportion de séjours de 24 heures et plus a connu une légère augmentation, bien que la moitié des établissements visés aient atteint les objectifs qui leur étaient donnés à ce sujet. De même, on note une légère diminution de la DMS régionale pour la clientèle présentant des problèmes de santé mentale.

On constate donc que la région éprouve encore de la difficulté à atteindre les cibles établies. La problématique de l'accès aux services médicaux de première ligne, particulièrement à Trois-Rivières, apparaît être un facteur influençant ce résultat. En effet, environ 45 000 personnes du RLS de Trois-Rivières (soit le tiers de cette population) ne sont pas inscrites auprès d'un médecin de famille. De fait, l'urgence du CSSS de Trois-Rivières est très achalandée et les DMS y sont généralement plus longues. L'Agence accompagne l'établissement et la table médicale territoriale dans la mise en place de mesures visant à améliorer l'offre de services médicaux en première ligne.

La coordination régionale de la gestion des urgences

L'Agence joue également un rôle de coordination régionale en s'assurant de la mise en place par les établissements de moyens pouvant améliorer la situation des urgences. Le suivi qu'effectue quotidiennement l'Agence contribue à favoriser une plus grande fluidité de la clientèle sur civière ou hospitalisée. Le comité régional de désencombrement des urgences, formé des représentants de plusieurs secteurs d'activités en lien avec le service d'urgence (Santé physique, SAPA, Santé mentale, etc.) et chapeauté par l'Agence, est chargé d'évaluer la situation et de proposer des pistes de solution en collaboration avec les établissements concernés.

Par ailleurs, la Direction nationale des urgences (DNU) du MSSS et l'Agence ont porté une attention particulière aux résultats du CSSS de Trois-Rivières, compte tenu de l'écart important de cet établissement à l'atteinte des cibles visées. En mai 2012, la DNU a transmis ses recommandations à l'établissement. Celles-ci ont conduit le CSSS à élaborer des mesures concrètes pour améliorer la fluidité de la clientèle dont les soins actifs sont terminés. Plusieurs places d'hébergement de longue durée, développées dans la communauté, ont notamment été ajoutées.

Axe 6.1

ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE DU RÉSEAU

L'ambition sur laquelle repose le Plan stratégique 2010-2015 porte sur l'amélioration continue de la performance du réseau régional, d'où l'importance d'en suivre l'évolution et surtout, d'en identifier les principaux leviers qui permettront de l'améliorer.

ÉLABORER DES TABLEAUX DE BORD DE SUIVI DE LA PERFORMANCE

De manière à ce que la région dispose des outils permettant d'assurer le suivi de la performance des continuums de services offerts à deux clientèles prioritaires, un cadre de référence régional d'évaluation de la performance a été élaboré conjointement par l'Agence et les établissements et publié en décembre 2011.

Ensuite, l'Agence a poursuivi ses travaux d'analyse dans l'objectif d'identifier, avec la contribution des principaux acteurs intervenant en gestion des maladies chroniques et en soutien à l'autonomie des personnes âgées, des indicateurs de suivi pertinents et la structure de tableaux de bord. L'Agence a aussi poursuivi les démarches entreprises l'année dernière pour permettre l'alimentation des tableaux de bord à partir des données provenant de différents systèmes d'information. Les premières analyses sont prévues en cours d'année.

En assumant le leadership de ce projet d'évaluation intégré, l'Agence contribue, de manière concrète, à l'amélioration continue de la performance du réseau régional.

3E PROJET INTÉGRATEUR : LES RESSOURCES HUMAINES

Le fait de pouvoir compter sur des ressources humaines mobilisées, disponibles et en nombre suffisant est une clé incontournable pour faire face aux enjeux actuels, tant au chapitre de l'intégration des nouvelles pratiques qu'au niveau de la continuité, de l'accessibilité ou encore de la révision des processus de travail et de gestion.

MOBILISER LES RESSOURCES HUMAINES ET RECONNAÎTRE LEUR CONTRIBUTION

Le contexte qui prévaut actuellement et les enjeux de recrutement et de rétention de la main-d'œuvre nous invitent à se doter de stratégies misant sur le caractère attractif des organisations et sur le facteur déterminant qu'est la qualité de vie au travail. Plusieurs actions portent ainsi sur la mobilisation des ressources humaines et sur la reconnaissance.

S'ASSURER DE LA DISPONIBILITÉ DE LA MAIN-D'ŒUVRE REQUISE POUR LA PÉRENNITÉ DE L'OFFRE DE SERVICE

Une planification de la main-d'œuvre actualisée annuellement et la mise en œuvre d'actions favorisant le recrutement, la rétention et la concertation intersectorielle permettront de relever cet important défi; les besoins évoluant rapidement et les problèmes liés à la pérennité ou à la rareté de la main-d'œuvre étant de plus en plus nombreux.

Par ailleurs, la stratégie d'action régionale en planification de la main-d'œuvre, réalisée en concertation avec les partenaires intersectoriels du réseau de la santé et des services sociaux, s'attaque aux difficultés d'attraction et de fidélisation de la main-d'œuvre.

OPTIMISER L'UTILISATION DES RESSOURCES

Le contexte budgétaire exige une réduction des dépenses de fonctionnement de nature administrative et nous interpelle à une utilisation plus efficiente de nos ressources. Par ailleurs, la croissance des besoins de la population et des coûts de santé nous convie à une transformation de nos modes d'organisation des services ainsi que du travail, et nous inscrit dans une dynamique d'amélioration continue de la performance.

Les changements découlant des objectifs poursuivis par le réseau au chapitre de l'optimisation demandent un accompagnement dans la planification et l'implantation pour éviter de demeurer dans nos avenues antérieures et aussi assurer une pérennité au changement.

Axe 4.3

OPTIMISATION DE L'UTILISATION DES RESSOURCES

FORMER LES GESTIONNAIRES ET IMPLANTER DES PROJETS D'OPTIMISATION DANS LES ÉTABLISSEMENTS

La Mauricie et le Centre-du-Québec aspire à être reconnue comme une région qui est à l'enseigne de l'optimisation et de la gestion de la performance. La création par l'UQTR d'un programme de formation en matière de processus d'optimisation s'adressant aux gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux constitue une opportunité en ce sens.

Cette année, 6 établissements ont inscrit un ou plusieurs gestionnaires au Programme court en gestion de la performance en santé et services sociaux dispensé par la Chaire IRISS de l'UQTR; 18 personnes forment ainsi cette seconde cohorte, mise en place en janvier 2013.

L'Agence a négocié avec les représentants de la Chaire IRISS de l'UQTR les différentes modalités permettant le développement du Programme court en gestion de la performance et la mise en œuvre des activités, dont un programme de recherche favorisant le développement d'une culture régionale axée sur l'amélioration de la performance. L'Agence assure, en collaboration avec le MSSS, le financement du volet recherche et développement de cette entente, à la hauteur de 80 000 $ annuellement.

De plus, l'Agence rend disponible un soutien financier non récurrent pour la réalisation, par un établissement ou un collectif d'établissements, de certaines démarches d'optimisation dans la mesure où l'établissement participe au financement des coûts de réalisation du projet, qu'il soit véritablement porteur d'économies ou d'améliorations des services à la clientèle et qu'il soit exportable à d'autres établissements.

Quelques constats :

La région poursuit l'objectif de développer une véritable culture d'amélioration continue. De fait, au cours du dernier exercice, 18 gestionnaires ont débuté, dans le cadre du programme de formation développé par l'UQTR, un projet d'optimisation soutenu par la direction de leur établissement. Ce à quoi s'ajoutent les autres démarches menées avec la collaboration de la Chaire IRISS ainsi que les nombreux projets Lean réalisés dans le réseau régional au cours des dernières années.

Axe 7.1

QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

L'AGRÉMENT DES ÉTABLISSEMENTS (VOLET MOBILISATION DES RESSOURCES HUMAINES)

La mobilisation des ressources humaines constituant l'un des trois volets évalués dans le cadre de l'agrément, il est attendu que tous les établissements qui auront réalisé cette démarche au cours de la période 2011-2013 aient reçu leur agrément sur ce volet.

En 2012-2013, un seul établissement était en démarche de renouvellement de son agrément. Le Centre de réadaptation en dépendance Domrémy-de-la-Mauricie–Centre-du-Québec a terminé cette démarche avec succès. L'an dernier, les cinq établissements ayant renouvelé leur agrément avaient tous obtenu le volet sur la mobilisation des ressources humaines.

Dans le cadre de ses responsabilités, l'Agence veille à ce que les établissements entreprennent leur démarche d'agrément au moment opportun. De plus, elle reçoit le rapport de l'organisme d'agrément lorsque la démarche est complétée et un suivi est effectué régulièrement, notamment par l'entremise du comité de vigilance et de la qualité. Enfin, l'analyse des rapports d'agrément permet de dresser un état de situation annuel sur la mobilisation et la satisfaction du personnel pour les établissements ayant réalisé une démarche d'agrément.

L'ACCRÉDITATION DE TYPE ENTREPRISE EN SANTÉ

Tous les établissements sont inscrits à un programme visant l'amélioration du climat de travail. Un établissement a choisi le programme Planetree et onze établissements ont adhéré à Entreprise en santé. Dans ce dernier cas, tous les établissements concernés ont amorcé leur processus « Employeur de choix ».

De son côté, l'Agence a aussi entrepris la démarche d'accréditation Entreprise en santé au cours de l'année 2013. Les objectifs spécifiques de cette démarche sont :

- l'intégration de la valeur de la santé globale des personnes dans le processus de gestion des entreprises;
- la création de conditions favorables à la responsabilisation du personnel au regard de leur santé et de leur mieux-être;
- l'acquisition de saines habitudes de vie et le maintien d'un milieu de travail favorable à la santé globale.

Les résultats d'un sondage mené auprès de tous les employés serviront de base à la confection d'une politique santé et mieux-être, et d'un plan de mise en œuvre au cours de l'année 2013-2014.

Axe 7.2

DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

APPRÉCIER LA CONTRIBUTION DU PERSONNEL

La région s'est dotée d'un cadre de référence en matière d'appréciation de la contribution du personnel campant les principes, les objectifs visés ainsi que les conditions de succès et outils pour la réalisation de cette activité. L'Agence a financé la démarche d'élaboration du cadre de référence, réalisée par un professeur-chercheur titulaire à l'UQTR. Depuis l'année 2011-2012, tous les établissements de la région ont amorcé la mise en œuvre d'une démarche d'appréciation de la contribution du personnel.

SOUTENIR LA RELÈVE PROFESSIONNELLE

La gestion de la relève constitue un facteur déterminant en matière de recrutement de rétention de la main-d'œuvre. On vise notamment à ce que le rôle de précepteur-mentor-parrain (encadrement clinique) et de son importance soient valorisés dans les organisations, et ce, à tous les niveaux afin d'instaurer une culture de gestion de la relève au sein de nos établissements. La stratégie régionale consiste à diffuser les paramètres de préceptorat et à assurer l'accès au financement disponible. Bien que les moyens se concrétisent au niveau local, l'Agence apporte un soutien aux établissements afin qu'ils instaurent des programmes d'encadrement de la relève, notamment auprès des directrices de soins infirmiers.

Au terme de l'année 2012-2013, six des huit CSSS de la région ont, d'une part, élaboré et diffusé un cadre de référence en matière de soutien à la relève professionnelle et, d'autre part, mis en œuvre un programme de soutien clinique, volet préceptorat.

DÉVELOPPER LES COMPÉTENCES ET ACCOMPAGNER LES GESTIONNAIRES

On constate que la volonté d'améliorer leurs compétences de gestion est manifeste chez les gestionnaires. Il importe donc de diffuser et de soutenir le partage et le transfert de connaissances. La Journée régionale des leaders, tenue en mai 2012, a contribué à l'actualisation de cet objectif.

Quelques constats :

Au 31 mars 2013 :

- Tous les établissements de la région réalisent des activités d'appréciation de la contribution de leur personnel.
- Tous les CSSS ont accès au Programme de soutien au préceptorat (soutien clinique en soins infirmiers) et six d'entre eux ont actualisé un projet en ce sens.
- Tous les gestionnaires peuvent bénéficier d'un plan individuel de développement des compétences, lequel se réalise généralement dans le cadre de la démarche d'appréciation de la contribution.

Axe 8.1

PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE

METTRE À JOUR LES PLANS DE MAIN-D'OEUVRE

Le plan de main-d'œuvre permet de dresser un état de situation, de cibler les points problématiques, d'aider à la prise de décision et à la planification des actions pour assurer les soins de santé et de services sociaux à la population. Il importe donc de pouvoir disposer d'un plan régional de main-d'œuvre et de plans locaux de main-d'œuvre régulièrement mis à jour.

Tel que prévu, tous les établissements ont produit et déposé leur plan local de main-d'œuvre avant l'échéance du 31 octobre 2012 et l'Agence a par la suite complété l'exercice sur une base régionale. Il est à noter que l'Agence organise annuellement une session de formation et d'information, et offre un soutien technique tout au long du processus de confection de ces plans.

Pour soutenir ces travaux de planification et les actions qui en découlent, le réseau de l'éducation et celui de la santé et des services sociaux ont convenu de se doter de deux ressources professionnelles, l'une pour la Mauricie et l'autre pour le Centre-du-Québec, et d'en assurer le financement conjoint. Les travaux et analyses que produisent ces chargées de projets permettent aux partenaires de réaliser leurs objectifs communs.

ACTUALISER LA STRATÉGIE RÉGIONALE DE MAIN-D'ŒUVRE

La concertation et la collaboration de tous les milieux impliqués sont nécessaires pour assurer une main-d'œuvre qualifiée en quantité suffisante pour les années à venir. Ainsi, les axes de partenariat et de promotion sont particulièrement ciblés.

Les données sur les étudiants et finissants des programmes reliés aux professions en difficulté de recrutement soutiennent la mise à jour annuelle de la stratégie régionale de main-d'œuvre, en lien avec le comité régional de la planification de la main-d'œuvre (PMO) et les divers partenaires intersectoriels. On considère plus particulièrement les programmes d'études offerts dans notre région. Une augmentation des inscriptions et du taux de fidélisation des finissants des programmes de formation des professions en difficulté de recrutement est visée.

Au cours de la dernière année, après analyse et compte tenu de l'évolution des priorités dans le dossier des ressources humaines, la table régionale des responsables des ressources humaines de l'Agence et des établissements a convenu de retirer les objectifs portant sur l'instauration d'un mécanisme de traçabilité des candidatures reçues sur le site *Travailler en santé*. Cependant, la révision annuelle du Salon des carrières et professions en santé et services sociaux, sur la base du bilan des années antérieures, a été réalisée telle que prévue.

Quelques constats :

- La mise à jour des plans locaux a permis la production d'un plan régional couvrant les 20 titres d'emplois jugés prioritaires en Mauricie et au Centre-du-Québec.
- Les données relatives aux cohortes des programmes d'études offerts dans la région confirment l'importance de poursuivre les actions auprès des jeunes afin de mieux faire connaître les opportunités de carrière dans le réseau de la santé et des services sociaux.
- Différentes actions sont menées pour promouvoir les carrières en santé et services sociaux. Par exemple, le Salon des carrières et professions en santé et services sociaux, dans ses deux éditions annuelles avec les partenaires de l'éducation et de l'emploi (l'une en Mauricie et l'autre au Centre-du-Québec), permet de rejoindre les jeunes du secondaire au moment où ils réfléchissent à leur choix de carrière.
- Le site d'offres d'emploi *Travailler en santé* est un autre lieu de visibilité et de promotion du réseau régional. Chaque année, une campagne de promotion du site est organisée.

CONSOLIDER LES MÉCANISMES DE COORDINATION RÉGIONALE EN MATIÈRE DE STAGES

La volonté de travailler ensemble des établissements de santé et de services sociaux et les établissements d'enseignement est présente à tous les niveaux. De plus, une structure régionale de coordination des stages vise à favoriser les liens entre les partenaires et accroître le nombre de stagiaires accueillis dans les établissements. Beaucoup d'efforts ont été investis à ce sujet au cours des dernières années. Notamment, des comités ont été formés pour différentes professions (analyse biomédicale, inhalothérapie, services sociaux, etc.). Ces lieux d'échange et de partage de l'information permettent d'identifier des solutions concrètes et de faciliter les arrimages entre les maisons d'enseignement et les établissements.

Par ailleurs, l'implantation de l'outil informatique HSPnet, commun aux réseaux de l'éducation et de la santé, vise à simplifier la gestion des stages. Tous les établissements, indépendamment de leur mission, y ont accès. Cependant, l'outil est actuellement limité au secteur des soins infirmiers.

OPTIMISER L'UTILISATION DE LA MAIN-D'OEUVRE

Le phénomène de rareté de la main-d'œuvre prend de l'ampleur dans plusieurs secteurs d'activités. Par conséquent, une vive concurrence est de plus en plus palpable, notamment en matière d'attraction des jeunes dans les différentes disciplines. Notre réseau n'échappe pas à cette réalité. Un tel contexte nous invite donc à revoir certaines pratiques de gestion des ressources humaines, dont les structures de postes, les horaires de travail et la présence au travail.

Les actions mises en oeuvre sur ce plan visent ainsi à :

- diminuer au maximum le temps supplémentaire et éliminer l'imposition aux infirmières d'effectuer du temps supplémentaire obligatoire;
- briser ou éviter le cercle vicieux de recours aux agences privées;
- améliorer la présence et le bien-être au travail.

L'Agence assure un monitorage de la situation et fait le point périodiquement avec les directeurs des ressources humaines des établissements. De fait, au cours de la dernière année, les travaux de la table régionale en ressources humaines ont notamment visé la réduction du niveau d'absentéisme pour cause de maladie en agissant sur les volets suivants : l'optimisation du fonctionnement des équipes de santé et sécurité au travail des établissements, le retour au travail et la sensibilisation du corps médical aux impacts de cette problématique en contexte de pénurie de main-d'œuvre et sur les coûts d'assurance salaire.

Quelques constats :

- Au 31 mars 2013, la région présente un ratio d'assurance salaire de 6,10 % (5,94 % en 2011-2012), alors que l'engagement initial était de 5,16 %.
- En matière de temps supplémentaire pour les infirmières, nous complétons l'exercice avec un pourcentage de 5,44 % (5,45 % en 2011-2012), alors que l'engagement était de 4,75 %. Pour l'ensemble du personnel, le taux se situe à 3,51 % (3,56 % en 2011-2102) comparativement à la cible de 2,96 %.
- Finalement, le pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante pour les infirmières se situe à 0,37 % (0,44 % en 2011-2012) comparativement à notre engagement fixé à 0,80 %. Pour les infirmières auxiliaires, on constate un pourcentage de 0,19 % (0,44 % en 2011-2012) alors que l'engagement était de 0,30 % et pour les préposés aux bénéficiaires, le taux se situe à 0,09 % (0,27 % en 2011-2012) par rapport à un engagement de 0,12 %.

PRIORITÉS ET PLANS D'ACTION – PARACHÈVEMENT

Le réseau régional poursuit la réalisation de plusieurs plans d'action et projets qui ne sont pas associés aux trois grands chantiers intégrateurs, mais qui contribuent également à l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité, de l'efficience et de la qualité des services.

Ce sont des projets transversaux qui portent sur différents sujets (ressources informationnelles, optimisation des processus, adoption des meilleures pratiques cliniques et de gestion, etc.) ou des plans d'action liés à l'organisation des services pour certaines problématiques (santé mentale, cancer, jeunes en difficulté, etc.).

Des objectifs liés à la réalisation de ces projets et plans d'action sont inscrits au plan d'action régional parce qu'ils contribuent à la réponse aux grands enjeux de la Planification stratégique 2010-2015.

Cette section présente ainsi une synthèse des résultats obtenus en 2012-2013 dans la perspective du parachèvement de ces priorités et plans d'action.

Axe 1.1

DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS LOCALES

L'INSTRUMENTATION DES COMMUNAUTÉS LOCALES

La Direction régionale de santé publique, en collaboration avec ses partenaires, a développé un instrument d'appréciation du potentiel de développement des communautés. Cet outil vise à soutenir l'identification des actions et interventions permettant de renforcer ce potentiel. Son utilisation doit s'inscrire dans une démarche locale et intégrée de soutien au développement des communautés, contribuant aussi à la réduction des inégalités sociales de santé.

L'Agence accompagne donc les CSSS dans le développement de leur expertise à l'utilisation de cette instrumentation. Par sa participation aux comités régionaux de développement social, la Direction de santé publique sensibilise les partenaires à l'importance de soutenir le développement des communautés les plus vulnérables. Elle assure aussi la formation des intervenants à l'instrumentation avec une approche se fondant à la fois sur les compétences et expériences des intervenants terrain et sur l'expertise régionale. Au 31 mars 2013, on dénombre au moins une personne formée dans chaque CSSS de la région. À ces personnes s'ajoutent d'autres intervenants des RLS (agents ruraux, partenaires des milieux communautaires, etc.) qui sont habilités aussi à utiliser l'instrumentation.

Axe 2.1

ACCÈS À DES SERVICES MÉDICAUX DE PREMIÈRE LIGNE DANS UNE APPROCHE INTÉGRÉE ET INTERDISCIPLINAIRE

LE DÉPLOIEMENT DES GMF

L'implantation des GMF vise à assurer la prise en charge complète et le suivi régulier des personnes inscrites et à offrir une plus grande accessibilité des services en heures défavorables (en soirée et les fins de semaine) pour cette clientèle.

En mai 2012, le GMF Vallée-de-la-Batiscan a été accrédité, ce qui porte à 22 le nombre de GMF en place en Mauricie et au Centre-du-Québec. Ce GMF, qui regroupe l'ensemble des médecins de ce territoire, assure la prise en charge de 14 000 patients et favorise une plus grande concertation du corps médical avec le CSSS.

Par ailleurs, au cours de l'année 2012-2013, les contrats de six GMF ont été renouvelés. Tout au long de ce processus, l'Agence a veillé à augmenter l'accessibilité des services en heures défavorables.

Quelques constats :

- Actuellement, 22 GMF sont en place sur notre territoire, soit 12 au Centre-du-Québec et 10 en Mauricie.
- Au 31 mars 2013, 302 908 personnes étaient inscrites auprès des 292 médecins de la région qui pratiquent en GMF. Environ 39 % de ces personnes sont considérées comme étant vulnérables.

L'IMPLANTATION DE CLINIQUES RÉSEAU

Une clinique réseau améliore l'offre de services médicaux telles les consultations avec et sans rendez-vous pour les patients qui n'ont pas de médecin de famille. Elle assure aussi la prise en charge de ces patients orphelins pour leur épisode de soins à court terme. La mise en place d'une clinique réseau s'ajoute ainsi à la consolidation de l'offre de service en GMF comme moyen d'accroître l'accessibilité aux services médicaux de première ligne.

L'implantation d'une clinique réseau est tributaire de la volonté des médecins d'y participer. Aucune clinique réseau n'a fait l'objet d'une démarche d'implantation en 2012-2013. Cependant, un projet est actuellement en développement sur le territoire du CSSS de l'Énergie, un second est également à l'étude sur le territoire du CSSS de Trois-Rivières.

Axe 2.2

ACCÈS AUX SERVICES DIAGNOSTIQUES ET MÉDICAUX SPÉCIALISÉS

L'ACCÈS AUX CHIRURGIES ÉLECTIVES, SERVICES DIAGNOSTIQUES ET CONSULTATIONS EN SPÉCIALITÉ MÉDICALE

Depuis 2007, un mécanisme central de gestion de l'accès aux services spécialisés et surspécialisés est en place dans les établissements. La chirurgie a été le premier domaine intégré et des efforts considérables ont été investis par les différents acteurs afin d'offrir à la population un accès équitable, efficient et de qualité. Dans la région, les cinq établissements concernés par ce volet ont actualisé les mesures prescrites. Le travail effectué au cours des dernières années a permis l'atteinte de l'ensemble des cibles fixées pour les chirurgies électives.

Dans la poursuite des orientations portant sur l'amélioration de l'accessibilité aux services, le second secteur visé est celui de l'imagerie médicale. À cet égard, le délai maximal pour l'obtention d'un rendez-vous à un examen d'imagerie médicale est établi à trois mois tandis que le délai de lecture de l'examen par le radiologiste ainsi que la transcription du rapport doivent être réalisés dans un délai maximal de sept jours pour chacune de ces activités.

Plusieurs actions ont été conduites en cours d'année pour augmenter la capacité d'accueil et, par le fait même, diminuer le nombre de demandes en attente. Des efforts ont aussi été investis dans certains secteurs, dont l'imagerie par résonance magnétique. Une entente de collaboration entre les CSSS de Trois-Rivières et de l'Énergie a aussi permis de diminuer de 27 % la liste d'attente totale pour ces deux établissements. Au cours de la prochaine année, l'emphase sera mise sur les secteurs de l'échographie et de la tomodensitométrie.

On note enfin que le recours à la télésanté dans plusieurs secteurs contribuent aussi à accroître l'accès aux services spécialisés. On pense notamment à la pharmacie, entre les CSSS de Trois-Rivières et de l'Énergie, aux services de nutrition entre le CSSS du Haut-Saint-Maurice et le Centre hospitalier de l'Université de Montréal ou à la téléassistance en soins de plaies au Centre-du-Québec, en collaboration avec le RUIS de Sherbrooke (les premiers projets sont soutenus par le RUIS de l'Université de Montréal). D'autres projets sont en développement : la téléassistance en soins de plaies en Mauricie, le transfert d'expertise dans le cadre de la mission universitaire du CRDITED MCQ – IU, la télécardiologie entre le CSSS de Trois-Rivières et l'Institut de cardiologie de Montréal et la téléurgence, reliant le dispensaire de Parent à l'installation principale du CSSS du Haut-Saint-Maurice, située à La Tuque. L'élargissement de l'éventail de secteurs faisant appel à la télésanté, dans un contexte marqué tant par la pénurie de la main-d'oeuvre que par le développement des technologies de l'information, favorise un accès équitable aux services disponibles.

Quelques constats :

- Plus de 90 % des personnes inscrites au mécanisme central sont traitées dans un délai inférieur à 6 mois, et ce, pour l'ensemble des chirurgies.
- L'élargissement de l'éventail de services accessibles grâce à la télésanté, dans un contexte marqué par les pénuries de main-d'oeuvre et le développement des technologies de l'information, favorise un accès équitable sur tout le territoire.

Axe 3.1

INTÉGRATION DE LA PROMOTION-PRÉVENTION DANS LE CONTINUUM DE SERVICES

LES DÉPENDANCES - RECHERCHE DE CAS ET COUNSELING SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL

Afin d'implanter la pratique clinique préventive reliée à la problématique de la consommation d'alcool auprès des professionnels de la santé, l'Agence soutient les services-conseils en prévention clinique des CSSS.

Dans l'objectif d'augmenter le nombre d'usagers ayant reçu des services et qui ont été référés par les cliniques privées, les GMF ou les pharmacies, le programme Alcochoix+ fait l'objet de promotion auprès des milieux cliniques. Or, au terme de l'année 2012-2013, cette augmentation n'est constatée que dans deux des huit CSSS de la région. On note cependant que les systèmes informatiques en place ne permettent pas de bien documenter la mise en œuvre des actions auprès des médecins, infirmières et pharmaciens. Un nouvel outil informatisé est donc en implantation, afin de mieux documenter les actions préventives réalisées auprès des milieux cliniques.

LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG (ITSS)

La hausse constante des cas de chlamydia dans la région, particulièrement chez les jeunes de 15 à 24 ans, ajoute à l'importance d'améliorer le dépistage et les interventions préventives rapides et efficaces auprès des personnes à risque, des personnes atteintes et de leurs partenaires. Il a donc été prévu au plan d'action régional de revoir l'organisation des services de dépistage en CSSS afin de mieux rejoindre les groupes les plus touchés et de promouvoir le dépistage au moment d'une consultation, lorsque pertinent. Un atelier thématique régional s'est tenu en novembre 2012 pour soutenir les CSSS dans leur démarche d'optimisation de leurs services et un bilan des activités liées au plan d'organisation en ITSS a été réalisé en fin d'année.

En ce sens, les deux objectifs à atteindre au 31 mars 2013 étaient les suivants :

- le dépistage de la chlamydia chez 20 % des jeunes de 15 à 24 ans, par chaque CSSS;
- l'augmentation de la proportion de tests positifs.

Des efforts ont été investis pour mieux cibler la clientèle vulnérable. Cependant, seulement 16,2 % des jeunes visés dans notre région (15,6 % en 2011-2012) ont été dépistés pour l'infection à C. Trachomatis. Un seul CSSS a dépassé la cible de 20 %. Par ailleurs, le taux de positivité des tests pour cette infection a diminué de 5,2 % en 2011-2012 à 4,8 % en 2012-2013. Une analyse est en cours afin d'ajuster les stratégies ciblées pour rejoindre la clientèle.

LE SUICIDE - DÉPISTAGE DE LA DÉPRESSION CHEZ CERTAINES CLIENTÈLES SPÉCIFIQUES

La mise en œuvre de ce dossier est inscrite au Plan d'action régional 2011-2013. Cependant, le moment de son actualisation demeure tributaire de la diffusion des orientations relativement au dépistage de la dépression chez les personnes âgées et chez les adultes auxquelles travaille le comité ministériel sur la promotion de la santé mentale, prévention des troubles mentaux et suicide.

Ceci étant dit, l'Agence poursuit ses actions visant la promotion et la mise en place des mesures pour réduire le taux de suicide, notamment par le déploiement des guides de bonnes pratiques en prévention du suicide. Pour ce faire, des ateliers d'appropriation en présence des gestionnaires des organismes et services concernés ont eu lieu dans tous les RLS de la région. De plus, la formation accréditée *Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques* a été offerte aux intervenants des CSSS et des organismes communautaires de la région. Enfin, les clientèles en milieu scolaire et les aînés ont fait l'objet d'une attention particulière et un soutien étroit à été offert aux centres de prévention suicide pour réaliser la formation de sentinelles dans différents milieux.

LA MISE EN OEUVRE DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL ET DES PLANS D'ACTION LOCAUX EN SANTÉ PUBLIQUE

Il y a 85 activités dans le Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008 (PNSP) qui sont réparties en 6 domaines d'intervention : développement, adaptation et intégration sociale, habitudes de vie et maladies chroniques, traumatismes non intentionnels, maladies infectieuses, santé environnementale et santé en milieu de travail.

Le PNSP est une référence pour les actions de santé publique. Adaptés aux particularités régionales et locales, le Plan d'action régional de santé publique (PARSP) et les plans d'action locaux de santé publique (PALSP) ont été conçus à partir du PNSP.

Pour le PARSP, 82,6 % des activités sont implantées ou en voie d'implantation au 31 mars 2013; l'objectif établi à 76 % est donc dépassé. La mesure de l'implantation des activités dans les PALSP soutiendra la planification des activités du PARSP et des PALSP pour la période 2013-2015.

Avec la contribution des membres de la table de coordination régionale de santé publique, l'Agence s'assure de la mise en place d'un processus d'identification des activités du PNSP à prioriser d'ici 2015 et de voir à leur implantation. Il appartient aussi à l'Agence d'implanter des conditions favorables à la mise en œuvre du PARSP et des PALSP et de veiller à leur consolidation. Le suivi de l'avancement des activités est réalisé sur une base annuelle. Enfin, le bilan régional permet, lorsque nécessaire, de réajuster l'utilisation des ressources ainsi que les façons de faire dans un objectif d'optimisation.

Axe 3.2

HARMONISATION, HIÉRARCHISATION ET INTÉGRATION DES SERVICES

LA RÉPONSE TÉLÉPHONIQUE DU VOLET SOCIAL DU SERVICE RÉGIONAL INFO-SANTÉ/INFO-SOCIAL (SRISIS)

La réponse téléphonique du volet social du Service régional Info-Santé/Info-Social est accessible à l'ensemble de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 24 heures par jour, 7 jours par semaine. La régionalisation du volet Info-Social en 2010 a constitué une avancée significative dans l'amélioration du service à la population, l'utilisation du 811 permettant un accès simplifié aux services psychosociaux.

Les objectifs fixés au service régional quant au délai de réponse aux appels en matière de services psychosociaux sont atteints. En effet, on observe que le nombre d'appels répondus en moins de 4 minutes représente 92,9 % du volume total d'appels des deux dernières années, alors que la cible était établie à 90 % en 2012-2013 (75 % en 2011-2012).

LES SERVICES OFFERTS AUX PERSONNES PRÉSENTANT DES PROBLÉMATIQUES MULTIPLES : DÉVELOPPEMENT D'UNE OFFRE DE SERVICE RÉGIONALE ET IMPLANTATION DE QUATRE MESURES SPÉCIFIQUES

Malgré la volonté du réseau à promouvoir l'intégration et la participation sociale dans la communauté, celui-ci est vite confronté à des limites importantes lorsqu'une personne présente des problématiques multiples et complexes associées à un potentiel de dangerosité. L'actualisation du Complément aux orientations régionales concernant les services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples, adopté en 2009, vise à soutenir les établissements qui œuvrent auprès de cette clientèle.

Le document identifie quatre mesures devant faire l'objet d'une proposition d'offre de service par les établissements mandatés à cette fin. Ce sont :

- un centre d'expertise et de formation sur les troubles de comportement;
- une ressource de transition offrant un service d'évaluation et d'intervention intensive pour la clientèle du programme DI-TED avec troubles graves du comportement (TGC);
- un service d'hospitalisation et d'hébergement sécuritaires;
- un service d'évaluation externe.

Le CSSS de l'Énergie et le CRDITED MCQ – IU se voient confier un mandat à portée régionale par la mise en œuvre des mesures ci-haut mentionnées. Par ailleurs, il importe de préciser que la contribution de l'ensemble des établissements de la région est nécessaire pour assurer le succès de l'implantation des mesures prévues.

Au 31 mars 2013, les travaux préalables à l'élaboration des propositions d'offre de service, mettant à contribution l'ensemble des établissements, sont terminés. Conséquemment, les établissements mandataires ont élaboré ou sont en élaboration de leurs propositions respectives.

À ce jour, deux des quatre mesures sont opérationnelles. La première mesure mise en place est la ressource de transition offrant un service d'évaluation et d'intervention intensive pour la clientèle DI-TED présentant un TGC, inscrite dans le continuum de prestation de services du CRDITED MCQ – IU. L'actualisation d'une seconde mesure se traduit par la mise en œuvre d'une expérimentation pilote du modèle d'organisation de services du centre d'expertise et de formation sur les troubles du comportement. À l'heure actuelle, les constats cliniques et organisationnels dégagés de l'expérimentation sont probants et permettent de mettre en lumière les arrimages nécessaires favorisant l'accès aux services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples.

Le leadership assumé par l'Agence dans la mise en œuvre du Complément aux orientations régionales se traduit concrètement par la coordination des travaux entourant la structure d'implantation des mesures prévues.

Plus précisément, l'Agence coordonne les travaux d'un comité de pilotage stratégique, du comité de suivi à l'implantation et des groupes de travail associés. Cette implication permet d'assurer la liaison et l'harmonisation des actions dans une perspective régionale. De plus, en collaboration avec les établissements de la région, l'Agence a assuré le soutien et le suivi de la mise en place d'expériences pilotes auprès de six usagers présentant des problématiques multiples. Les objectifs visés étaient : l'amélioration de la condition des usagers, le développement des apprentissages des équipes cliniques et l'amélioration de l'organisation de nos services, notamment en ajustant le protocole d'arrimage quant au partage global de l'offre de service concernant la clientèle présentant des problématiques multiples et les outils développés.

L'actualisation des mesures annoncées permettra d'assurer l'accès, la continuité et la complémentarité des services de première ligne et des services spécialisés offerts à cette clientèle. Malgré l'importance des étapes franchies jusqu'à maintenant, il demeure néanmoins que l'avancement de ce dossier est complexe et appelle à un leadership transformationnel.

LE PLAN RÉGIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER

Le Programme québécois de lutte contre le cancer est bien implanté dans la région. Des actions sont toutefois nécessaires pour consolider les services actuels et poursuivre la mise en place de mesures efficaces de lutte contre le cancer.

Le Plan d'action régional 2011-2015 de lutte contre le cancer précise les actions à entreprendre ou à développer dont la promotion du rôle du médecin de famille, la coordination en soins palliatifs et le panier de services, ainsi que l'accès à l'infirmière pivot en oncologie (IPO) et aux soins palliatifs. L'Agence coordonne la mise en œuvre des actions identifiées à ce plan avec la collaboration et le soutien des trois comités concernés : le comité régional de lutte contre le cancer, le comité régional en soins palliatifs ainsi que le comité des gestionnaires en oncologie.

Le plan d'action régional est en voie de réalisation et tous les établissements concernés, à l'exception d'un CSSS, ont déposé leur plan d'action local en regard du Programme de lutte contre le cancer.

Implanter les outils permettant l'accès aux données requises pour mesurer l'atteinte des cibles, dont le délai d'accès à l'infirmière pivot et aux traitements

Les cinq établissements au sein desquels oeuvrent les équipes interdisciplinaires en oncologie alimentent le registre sur le cancer.

On constate par ailleurs que 61,7 % des usagers ont été pris en charge par une infirmière pivot dans les 48 heures suivant la référence, alors que la cible est de 70 %. Un outil de priorisation de la clientèle a été élaboré en soutien aux infirmières pivots.

Quelques constats :

- En ce qui a trait aux traitements de radio-oncologie, la cible du MSSS fixe à 90 % la proportion des usagers devant être traités à l'intérieur d'un délai égal ou inférieur à 28 jours. Ce délai est respecté dans 99,9 % des cas.
- Ce même délai est aussi respecté dans 79,2 % des cas en chirurgie oncologique, alors que la cible est établie à 70 % des patients traités.
- Il est à noter que les délais pour accéder aux traitements de chimiothérapie ne sont actuellement pas documentés.

LE PLAN D'ACTION RÉGIONAL EN SANTÉ MENTALE

L'implantation du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens (PASM) a exigé un virage important au niveau de l'organisation des services. Afin de favoriser la prise en charge de la clientèle par les services de première ligne, des investissements significatifs ont été effectués pour consolider les équipes de santé mentale ainsi que les équipes de soutien d'intensité variable (SIV). Il demeure néanmoins des actions à mettre de l'avant pour améliorer la fluidité des services en santé mentale et atteindre les cibles établies par le MSSS ou dans le cadre de la planification stratégique régionale.

En vue d'atteindre les objectifs du plan d'action en santé mentale, l'Agence a donc alloué aux CSSS, en 2012-2013, les crédits permettant l'embauche de 13 intervenants psychosociaux supplémentaires, ce qui permet de consolider les services de première ligne d'évaluation et de traitement des adultes ayant un trouble mental. En plus d'augmenter l'accessibilité aux services de première ligne, cet investissement facilitera l'amorce d'un suivi dans les délais prescrits par le Ministère.

L'Agence a également coordonné les travaux d'un comité régional, chargé d'élaborer un cadre de référence portant sur les services en santé mentale pour la clientèle adulte. Le document issu de ces travaux a été présenté au cours de la dernière année et est actuellement en appropriation.

Ce cadre de référence propose l'actualisation de l'offre de service en santé mentale en s'inspirant des orientations ministérielles publiées en 2011, tout en tenant compte des particularités de la région et du bilan régional réalisé dans le cadre de l'évaluation de l'implantation du PASM. Il présente ainsi le modèle souhaité d'organisation des services de première ligne, incluant les interfaces avec la deuxième ligne. Au total, 4 grandes orientations, traduites en 58 mesures sont proposées.

La fonction de psychiatre répondant en 1re ligne

La région poursuit par ailleurs l'objectif d'instaurer la fonction de psychiatre répondant en première ligne en visant à ce que chaque CSSS ait accès au soutien continu d'un psychiatre répondant dédié à son équipe de première ligne en santé mentale.

Or, la pénurie de psychiatres dans la région est un frein au développement de cette mesure, de sorte qu'au terme de l'année 2012-2013, seulement deux CSSS ont mis en place cette mesure de soutien aux équipes de première ligne en CSSS et aux omnipraticiens de leur territoire.

Considérant ce qui précède, il est cependant intéressant de noter que le nombre d'usagers qui ont reçu des services de santé mentale en première ligne (4 905 personnes) en 2012-2013 surpasse la cible établie dans le cadre des ententes de gestion et d'imputabilité (4 331 personnes).

Les ententes de services avec les établissements surspécialisés (3e ligne)

Au cours de l'année 2011-2012, l'Agence a mené les actions nécessaires en vue d'une formalisation du corridor d'accès aux services de 3e ligne offerts par l'Institut universitaire en santé mentale Douglas. Des contacts ont aussi été faits avec le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine.

En 2012-2013, l'Agence s'est plutôt penchée sur l'offre de service régionale en réalisant, auprès des CSSS et des établissements spécialisés impliqués dans le traitement des troubles du comportement alimentaire, un sondage permettant de cerner l'offre de service actuelle en 1re et 2e ligne et d'identifier les besoins qui demeuraient à être comblés. Une revue de littérature a aussi permis d'alimenter cette réflexion.

Également, l'Agence et l'UQTR ont formalisé une collaboration portant sur trois volets : la recherche, la formation et l'intervention. Dans ce contexte, l'Agence a participé à l'ouverture d'un symposium international sur les troubles alimentaires qui s'est tenu à l'UQTR en mai 2013. Cette association contribue à la définition d'une offre de service régionale ajustée.

LE PLAN D'ACCÈS POUR LES PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE

Le plan d'accès a introduit des standards balisant les délais d'accès aux services en fonction de niveaux de priorité. Au cours des dernières années, plusieurs mesures ont été mises en place par les établissements afin de s'assurer du respect des délais d'accès, notamment la gestion centralisée des listes d'attente, la révision des processus d'accès aux services et, dans certains cas, la réorganisation des services.

Des objectifs poursuivis dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'accès sont inscrits au Plan d'action régional 2011-2013.

Assurer la qualité des données permettant de respecter les délais d'accès

Depuis septembre 2012, un suivi de la qualité des données est réalisé à tous les trois mois.

L'Agence a aussi sensibilisé les gestionnaires d'accès et les pilotes I-CLSC des établissements à l'importance de la validité des données utiles au suivi des standards d'accessibilité. Un outil de formation, actuellement en préparation, vise à soutenir les gestionnaires d'accès dans la poursuite des activités de sensibilisation auprès des intervenants des services d'accueil, d'évaluation et d'orientation.

Les plans de services individualisés

Les personnes ayant une déficience et leur famille ont régulièrement besoin de services offerts simultanément par plusieurs établissements et organismes, notamment lors des périodes de transition de la vie.

Afin d'assurer la continuité et la complémentarité des services offerts, la réalisation d'un plan de services individualisés a été retenue comme un standard de continuité dans le cadre du plan d'accès. L'harmonisation des pratiques constitue un premier objectif à atteindre en vue d'une plus grande utilisation de cet outil. Un groupe de travail régional a été formé à cette fin. Son mandat se poursuivra au cours de l'année 2013-2014.

Quelques constats :

En ce qui a trait aux standards d'accessibilité du plan d'accès, la cible est atteinte pour les niveaux de priorité élevée et modérée mais non pas pour le niveau urgent. Ce résultat est cependant tributaire d'une situation exceptionnelle, puisque de manière générale, les 23 demandes de niveau de priorité urgent reçues en 2012-2013 ont été traitées à l'intérieur des délais prescrits.

LA MISE EN ŒUVRE DES ORIENTATIONS RÉGIONALES EN DÉPENDANCES

Les Orientations régionales en dépendances 2008-2012 visent à prévenir, réduire et traiter les dépendances, et limiter les conséquences qui y sont associées.

Le repérage, détection, orientation et référence en matière de dépendances

Les personnes présentant ou étant à risque de présenter des problèmes d'abus ou de dépendances consultent, de façon générale, sous d'autres motifs que la consommation. Il importe donc d'effectuer le repérage et la détection afin d'orienter la personne vers les services adaptés à ses besoins.

L'Agence a conçu et déployé un cadre de référence relativement au repérage, à la détection, à l'orientation et à la référence en matière de dépendances. Aussi, l'ensemble des CSSS dispose d'au moins un intervenant dédié en dépendances.

La mise en œuvre d'un programme régional d'évaluation spécialisée pour les personnes dépendantes

Afin d'améliorer l'accessibilité aux services d'évaluation spécialisée, le MSSS souhaite que la région se dote d'un programme régional d'évaluation spécialisée. Il est à noter cependant que les résultats de l'établissement surpassent déjà la cible attendue par le MSSS pour 2015.

Quelques constats :

- Dans les 8 CSSS de la région, 420 adultes ont reçu des services de première ligne en toxicomanie ou en jeu pathologique au cours de la dernière année. Ce nombre est inférieur à l'objectif fixé (467 personnes), en raison des difficultés de recrutement de personnel rencontrées par deux établissements.
- Plus de 80 % de la clientèle du centre de réadaptation en dépendance est évaluée à l'intérieur d'un délai de 15 jours, comparativement à 85 % en 2011-2012.

L'INTERVENTION CONCERTÉE DANS LE CADRE DE L'OFFRE DE SERVICE POUR LES JEUNES EN DIFFICULTÉ ET LEUR FAMILLE

Les modifications apportées à la Loi sur la protection de la jeunesse en 2007 ont eu des conséquences dans l'organisation des services du réseau de la santé et des services sociaux. Le plan d'action régional cible notamment certaines zones de collaboration à clarifier entre la 1re et la 2e ligne pour permettre une réponse intégrée et coordonnée aux besoins des jeunes en difficulté.

Les protocoles d'arrimage avec le milieu scolaire

On constate que certaines situations peuvent être abordées plus efficacement dans le cadre d'un protocole d'arrimage entre le centre jeunesse, les CSSS et le milieu scolaire. Ce sont les situations de retrait et de placement dans le cadre de la LSSSS, les interventions en troubles de comportement chez les 5-18 ans et la gestion de la crise, puis enfin, les situations de négligence.

Pour 2012-2013, la région poursuivait l'objectif que soient mis en place des protocoles d'arrimage sur l'ensemble du territoire, que les CSSS et le centre jeunesse en assurent le suivi et qu'ils les ajustent au besoin. Cet objectif est atteint par cinq des huit CSSS, avec la collaboration du centre jeunesse. Les commissions scolaires sont des partenaires de premier

plan pour l'implantation de ces protocoles, mais en raison de la complexité que créent des découpages territoriaux différents pour les secteurs de l'éducation et de la santé, les protocoles d'arrimage sont déployés de manière différente d'un territoire à l'autre.

Axe 4.1

CONSOLIDATION DE NOTRE CULTURE RÉSEAU

ÉVALUER LA GOUVERNANCE DES PROGICIELS ADMINISTRATIFS RÉGIONAUX ET DU PLAN STRATÉGIQUE RÉGIONAL DES RESSOURCES INFORMATIONNELLES (PSRRI)

Les efforts consacrés à la consolidation des RLS et à la dynamique du réseau régional permettent de réaliser les gains de performance attendus. L'Agence ayant pour ambition d'être « un leader rassembleur, orientant et supportant » et « un gardien et un promoteur d'une dynamique cohésive au sein du réseau régional », c'est à ce titre qu'elle a mis sur pied, animé et soutenu deux initiatives modifiant la gouvernance régionale : la gestion des PAR et la mise en œuvre du PSRRI. La gouvernance de ces démarches est dévolue au Comité régional des directeurs généraux.

La gestion des progiciels administratifs régionaux

La coordination des PAR, portée par l'Agence, est au cœur du modèle de gouvernance et assure la circulation de l'information et le maintien des objectifs de la vision stratégique entre les différentes instances des organisations formant le réseau régional. Elle contribue aux chantiers locaux et régionaux par son soutien à la démarche d'optimisation et d'harmonisation. Elle assure également un soutien opérationnel et tactique auprès des utilisateurs.

Le Plan stratégique régional des ressources informationnelles 2010-2015

Le PSRRI met de l'avant une série de projets structurants. Deux de ces projets, intrinsèquement reliés, consistent en l'adoption d'un nouveau modèle de gouvernance des ressources informationnelles et d'un cadre de gestion du bureau de projets. La nouvelle gouvernance des ressources informationnelles est maintenant bien en place et elle assure la réalisation du PSRRI, le suivi du portefeuille régional de projets, ainsi que la sélection et la priorisation des nouveaux projets conformément au cadre de gestion adopté. Ce modèle de gouvernance permet d'assurer une gestion cohérente et efficiente des ressources informationnelles et du PSRRI 2010-2015, en plus de répondre à l'esprit et aux obligations de la Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement.

Quelques constats :

L'expérimentation du modèle de gouvernance des PAR et de celui des ressources informationnelles sont à la base de l'adoption, en novembre 2011, du Cadre de référence soutenant l'évolution du modèle de gouvernance régionale et ont eu un effet positif sur la dynamique régionale.

Axe 4.2

INTÉGRATION ET CIRCULATION D'INFORMATION CLINIQUE ET DE GESTION

LE PLAN STRATÉGIQUE RÉGIONAL DES RESSOURCES INFORMATIONNELLES

La circulation de l'information clinique repose sur un ensemble de domaines complexes (gouvernance, technologies, systèmes, normes, sécurité et standardisation, etc.) exigeant que certaines conditions soient déjà en place pour assurer le choix, l'implantation, l'utilisation optimale, le maintien, le soutien et l'évolution des solutions technologiques. Ces conditions sont représentées par les projets structurants prévus au PSRRI. Ces projets touchent à tous les aspects des ressources informationnelles : gouvernance, gestion de projets, sécurité, systèmes d'information, optimisation des infrastructures et de leur support.

La mise en œuvre des priorités inscrites au PSRRI est en cours. Plusieurs actions significatives, répondant à l'esprit de la Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement, ont été réalisées et l'échéancier de travail est généralement respecté.

Enfin, la sécurité des actifs informationnels demeure le volet pour lequel des résultats sont attendus d'ici 2015 dans le cadre de la planification stratégique régionale. Plus spécifiquement, on vise la mise en place d'une infrastructure permettant une relève fonctionnelle des données les plus critiques. Au terme de l'année 2012-2013, on peut déjà noter à ce chapitre que les travaux pour le rehaussement des systèmes de laboratoire sont débutés et que les infrastructures du site de production et de relève sont en place. Les huit CSSS de la région disposent ainsi d'un seul et unique système de laboratoire (SIL) en mode multisites hébergé sur des serveurs au Technocentre régional. La mise en place de cette architecture technologique a permis aux établissements de se doter d'un environnement technologique de haut niveau qui répond aux besoins de sécurité et de haute disponibilité.

Axe 4.3

OPTIMISATION DE L'UTILISATION DES RESSOURCES

LES PROJETS RÉGIONAUX D'OPTIMISATION

La réalisation des projets régionaux d'optimisation s'ajoute à tous ceux mis en œuvre localement dans les organisations. Ces actions permettent de ralentir la hausse des coûts de prestation des services de santé et des services sociaux et d'assurer l'utilisation judicieuse des ressources spécialisées, particulièrement par une revue des processus et de l'organisation du travail.

Il est à noter que certains projets régionaux identifiés au Plan d'action régional 2011-2013, soit la création d'un nouvel établissement à Trois-Rivières (fusion du CSSS de Trois-Rivières et du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières) et la réalisation de la phase II du projet régional SARDM, sont complétés.

Les services de buanderie des établissements

L'objectif visé en 2012-2013 en ce qui a trait à cet important projet régional, soit d'avoir complété l'élaboration d'un plan d'organisation régional, a été réalisé. L'Agence a coordonné cette démarche et son suivi est réalisé en collaboration avec les directeurs généraux et les directeurs des services techniques des établissements.

Les processus administratifs en lien avec les progiciels administratifs régionaux

L'Agence et les établissements sont engagés dans une démarche régionale visant l'harmonisation des sous-processus liés aux progiciels administratifs en lien avec les meilleures pratiques.

Des plans d'action locaux ont été complétés par chaque organisation pour optimiser les processus administratifs, suivant trois grands constats : la survalidation, la culture de service et le manque d'imputabilité. Au 31 mars 2013, le processus d'harmonisation des processus de paie est complété.

Les services d'ergothérapie en soutien à domicile

En lien avec la rareté des ressources humaines, tous les CSSS ont présenté et démarré un projet d'optimisation des services d'ergothérapie offerts en soutien à domicile, dans l'objectif d'accroître le nombre de personnes rejointes. Les services associés au centre d'activité « ergothérapie à domicile » sont surtout offerts aux clientèles des programmes SAPA, DP et à celles qui nécessitent des soins palliatifs.

Au terme de l'année financière 2012-2013, des résultats positifs sont constatés concernant la poursuite de l'optimisation des services d'ergothérapie à domicile. En effet, il y a eu une augmentation de 14 % du nombre de personnes rejointes (602 de plus que l'année précédente, soit un total de 4 888 usagers différents), ainsi qu'une augmentation du nombre d'interventions (663 de plus que l'année précédente, soit un total de 24 054 interventions différentes).

En soutien aux démarches des établissements et dans un but d'uniformisation, l'Agence a créé une grille bilan du projet d'optimisation, personnalisée pour chacun des CSSS. Cet exercice permettra une analyse plus détaillée des résultats obtenus et un ajustement des objectifs.

Axe 5.1

MEILLEURES PRATIQUES CLINIQUES ET DE GESTION

CONVENIR ET IMPLANTER UN MÉCANISME RÉGIONAL SOUTENANT L'IDENTIFICATION, LA DIFFUSION ET L'ADOPTION DES MEILLEURES PRATIQUES

Afin de créer une culture d'amélioration continue des pratiques, des mesures spécifiques ont été inscrites au plan d'action régional dans le but de favoriser l'identification et la diffusion des meilleures pratiques cliniques, de gestion ou d'organisation de services et d'accroître l'innovation et le transfert des connaissances.

Sur la base d'une recension des pratiques et mécanismes utilisés ailleurs au Québec et en tenant compte de ce qui existe déjà en région, notamment des lieux de concertation du réseau régional et des différentes activités organisées annuellement, un mécanisme d'information au réseau sur les meilleures pratiques cliniques a été convenu dans le cadre des travaux de la table régionale des responsables qualité.

Les travaux vont se poursuivre afin d'assurer un arrimage avec les différents programmes et services visés, pour relever le défi que représente l'implantation de nouvelles pratiques dans l'ensemble du réseau régional.

Axe 5.2

INNOVATION ET TRANSFERT DES CONNAISSANCES

LA RECONNAISSANCE DE LA RÉGION À TITRE DE MILIEU UNIVERSITAIRE

La reconnaissance de la région Mauricie et Centre-du-Québec comme milieu universitaire favorise la multiplication de projets de recherche et d'enseignement qui contribuent à l'amélioration des connaissances, des pratiques et de la qualité des services offerts à la population. En outre, la reconnaissance d'un tel dynamisme génère des retombées significatives, notamment en matière d'attraction de la main-d'œuvre. Ceci ne peut qu'avoir des effets positifs sur la qualité des services offerts à la population.

Les désignations universitaires accordées au CSSS de Trois-Rivières (volet centre hospitalier régional) et au CRDITED MCQ – IU, la présence du Campus de la Mauricie, avec des unités de médecine familiale et des unités de médecine interne à Trois-Rivières et à Shawinigan, les ententes d'affiliation universitaire qu'ont convenues les CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable et Drummond avec l'Université de Sherbrooke, ainsi que les ententes de collaboration avec l'UQTR dans différentes disciplines (négligence, gestion de la performance, troubles alimentaires) de même qu'avec l'Université Laval (relève des cadres) illustrent la dynamique de la région et contribuent à l'atteinte de cet objectif.

LES ENTENTES SPÉCIFIQUES EN MATIÈRE DE RECHERCHE ET D'ENSEIGNEMENT

Plusieurs ententes de collaboration portant sur différents projets ont cours en Mauricie et au Centre-du-Québec. À titre d'exemple, les programmes d'ergothérapie et de techniques de radiodiagnostic sont offerts dans notre région depuis peu. Malgré la force de notre partenariat régional avec le réseau de l'éducation, les opportunités que nous offrent cet arrimage ne sont possiblement pas encore toutes exploitées.

Il est donc apparu pertinent de maintenir une vigie sur les domaines ou secteurs névralgiques propices à l'établissement de nouvelles ententes spécifiques en matière de recherche et d'enseignement avec le milieu de l'éducation, peu importe l'ordre d'enseignement. Cette vigie s'exerce en continu, notamment dans le cadre de la participation de l'Agence aux tables régionales de l'éducation de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

L'AGRÉMENT DES ÉTABLISSEMENTS (VOLET INNOVATION ET TRANSFERT DES CONNAISSANCES)

La région poursuit aussi l'objectif d'accroître de façon significative le transfert des connaissances entre les milieux d'enseignement secondaire, collégial et universitaire et les milieux de pratiques, dans une perspective d'enrichissement mutuel. L'obtention, pour les établissements spécialisés à vocation régionale, de l'agrément sur ce volet constitue un indicateur permettant d'apprécier la situation régionale à ce chapitre. Au 31 mars 2013, tous les établissements concernés ont obtenu leur agrément sur ce volet.

Axe 5.3

GESTION DES RISQUES

La gestion des risques et la sécurité des soins et services peuvent être favorisées par la collaboration entre les acteurs concernés et l'intégration de meilleures pratiques. Il importe donc de pouvoir disposer des prérequis nécessaires au développement d'une approche intégrée de la qualité visant le développement d'une culture de la sécurité.

LA DÉCLARATION ET LA DIVULGATION DES INCIDENTS ET ACCIDENTS

L'une des mesures priorisées depuis 2011 portait sur le développement et l'implantation d'un cadre de référence régional sur la gestion des risques, selon une perspective d'approche intégrée en matière de qualité et incluant des indicateurs qui permettent de mesurer le niveau de déclaration et de divulgation des incidents et des accidents. L'un des objectifs de ce cadre de référence visait notamment à harmoniser les pratiques à l'égard de la déclaration des incidents et accidents, contribuant par conséquent à l'obtention de données qui soient comparables au plan régional et qui reflètent adéquatement la réalité de chaque établissement.

Toutefois, la déclaration des incidents et accidents comprend plusieurs volets pour lesquels des clarifications sont nécessaires si l'on veut s'assurer d'harmoniser la saisie des données au plan régional. Ainsi, il est apparu pertinent d'élaborer un guide d'application régional sur la déclaration des incidents et accidents, de façon progressive, par volet. De plus, considérant l'ampleur du travail à réaliser, il a été convenu de revoir l'échéancier initial. Un premier volet portant sur la déclaration des chutes a été implanté cette année. Le deuxième volet, portant sur la déclaration des événements en lien avec la médication est à venir.

Ces travaux sont conduits par un groupe de travail qui relève de la table régionale des responsables qualité. Ce groupe est composé des gestionnaires de risque des différentes missions d'établissement et l'Agence en assure la coordination.

On note par ailleurs que tous les établissements ont entrepris des actions en matière de gestion des risques, notamment par le biais du plan d'action mis en place suite à la démarche d'agrément pour s'assurer d'offrir des services sécuritaires et de qualité.

L'APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE

Les orientations ministérielles relatives à l'utilisation des mesures de contrôle introduisent différentes obligations aux établissements dans le but d'assurer une prestation sécuritaire des soins et des services qui tient compte des droits des usagers. En ce sens, les orientations du MSSS visent à limiter le recours aux mesures de contrôle, à en réduire la durée d'application et à assurer un suivi rigoureux dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des services.

Afin de suivre l'évolution des pratiques à cet égard et de s'assurer du respect des orientations ministérielles, la région s'est donnée pour objectif de développer des indicateurs communs d'application des mesures de contrôle et d'en harmoniser la reddition de comptes. Le Guide régional d'application des mesures de contrôle est en cours d'implantation, principalement dans les CSSS, au CRDITED MCQ – IU et au Centre de réadaptation InterVal.

Ce guide a été élaboré de manière à s'assurer d'une compréhension commune des orientations ministérielles et à soutenir l'implantation de la nouvelle approche en matière d'utilisation des mesures de contrôle. Le document comprend deux aspects qui contribuent à l'amélioration continue de la qualité des services. D'une part, on y présente un programme de réduction du recours aux mesures de contrôle et, d'autre part, on précise les modalités de reddition de comptes qui comprennent notamment une série d'indicateurs communs et des éléments d'information à inclure au rapport annuel de gestion des établissements.

Jusqu'à présent, six établissements ont présenté ces informations à leur rapport annuel de gestion 2011-2012, bien que l'échéancier ne le prévoyait que pour l'année suivante. Un premier portrait régional complet sera donc disponible à compter de septembre 2013. Toutefois, il est intéressant de souligner que les informations disponibles à ce jour nous mènent à constater :

- une diminution du recours aux mesures de contrôle pour quatre établissements (variant de 9 % à 15 %);
- un taux d'utilisation stable ou légèrement supérieur pour deux établissements, attribuable entre autres à une meilleure identification de ce qu'est une mesure de contrôle;

- la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle, qui se fait en association avec le Programme de prévention des chutes, et l'achat d'équipement favorisant le recours à des mesures alternatives.

Le Plan d'action 2011-2013 visait également à ce que l'ensemble du personnel concerné soit formé pour décembre 2012. Bien que cet échéancier n'ait pas été respecté, on observe une nette progression. En effet, certains établissements ont atteint cet objectif pour des secteurs spécifiques, tels que les RNI ou la courte durée. Rappelons que les établissements avaient offert peu ou aucune formation sur l'application des mesures de contrôle ces dernières années, dans le contexte où la conclusion de travaux en cours au plan national et régional était attendue.

LA SURVEILLANCE DES MALADIES NOSOCOMIALES

Les infections nosocomiales ont des conséquences lourdes pour le patient et sa famille. L'augmentation de la durée d'hospitalisation et des complications cliniques amènent une hausse de la mortalité et de la morbidité. À ces conséquences s'ajoutent les coûts pour le système de santé.

L'optimisation de l'application du Programme de prévention et contrôle des infections dans les établissements avec mission centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, soit les CSSS de Trois-Rivières, d'Arthabaska-et-de-l'Érable, Drummond, de l'Énergie et du Haut-Saint-Maurice, constitue ainsi l'un des objectifs du plan d'action régional. L'évaluation de l'application des normes recommandées est l'une des premières actions menées en ce sens. Les recommandations du médecin microbiologiste-infectiologue assigné doivent aussi être mises en application. Enfin, si nécessaire, des plans d'action spécifiques sont élaborés pour favoriser l'atteinte des taux recommandés. L'Agence soutient les établissements dans leur actualisation.

Au 31 mars 2013, on constate que quatre des cinq centres hospitaliers de la région présentent des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux au seuil établi pour la diarrhée associée au *Clostridium difficile* (DACD). De manière plus spécifique, les résultats obtenus par le CSSS Drummond témoignent de l'efficacité des mesures inscrites au plan d'action mis en œuvre par l'établissement pour réduire le taux d'incidence de la DACD, avec le soutien de l'Agence. Le CSSS de Trois-Rivières a quant à lui fait l'objet d'un accompagnement suite à un dépassement des taux attendus de DACD. Une amélioration était ainsi constatée pour la dernière période de l'année 2012-2013.

LA GESTION
DES RESSOURCES FINANCIÈRES

Section 3

LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

L'Agence reconnaît l'apport essentiel des organismes communautaires à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

Par le Programme de soutien aux organismes communautaires (SOC), l'Agence apporte à ces organismes un soutien financier complémentaire à la contribution de la communauté. Deux autres objectifs sont traduits dans les actions portées par l'Agence, soit reconnaître et promouvoir l'action des organismes communautaires et leur offrir le soutien et l'information nécessaires à l'accomplissement de leur mission.

LA GESTION DU PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

LA RECONNAISSANCE

La Politique de reconnaissance des organismes communautaires du domaine de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec balise l'analyse des demandes de reconnaissance. La politique détermine clairement ce qui constitue le domaine de la santé et des services sociaux, énonce les caractéristiques définissant un organisme communautaire et introduit la notion de non-dédoublement des organismes sur un même territoire. La reconnaissance comme organisme communautaire est préalable à l'obtention d'un soutien financier en mission globale, dans le cadre du programme SOC.

En 2012-2013, deux organismes ont obtenu leur reconnaissance à titre d'organisme communautaire œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux.

LE SOUTIEN FINANCIER

Les sommes dédiées aux organismes communautaires ont été attribuées en conformité avec les balises du programme SOC, les orientations ministérielles et régionales, le Cadre de financement des organismes communautaires du domaine de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec et, nouvellement en 2012-2013, la Convention de soutien financier 2012-2015.

À l'automne 2012, les 221 organismes recevant du financement en soutien à la mission globale dans le cadre du programme SOC ont signé une convention de soutien financier pour une période de trois ans avec l'Agence. Ces conventions, uniformisées à l'échelle provinciale, ont pour objet l'octroi d'un soutien financier aux organismes pour la réalisation de leur mission. La convention s'inscrit en cohérence avec la Politique gouvernementale de l'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec ainsi qu'avec le Cadre de référence en matière d'action communautaire.

Chaque année, une attention particulière est portée à la reddition de comptes produite par les organismes communautaires subventionnés. L'Agence procède à l'analyse des documents en tenant compte des balises et de la procédure établies par le MSSS. Un suivi est effectué relativement aux obligations de reddition de comptes de chaque organisme financé. De plus, 15 organismes ont fait l'objet d'un suivi particulier au cours de la dernière année, compte tenu des difficultés rencontrées.

CADRE DE FINANCEMENT

En suivi aux travaux d'un comité formé en 2012 par l'Agence et la table régionale des organismes communautaires, le conseil d'administration de l'Agence a adopté le 20 février 2012 une résolution introduisant la séparation de la typologie « hébergement communautaire » en deux volets : « hébergement 24/7 » et « répit-hébergement ». Cette dernière typologie a ainsi été ajoutée au cadre de financement régional.

Les organismes classés dans cette typologie offriront 7 places d'hébergement ou plus et une accessibilité d'au moins 134 jours d'hébergement par année. Ces organismes desservent les familles naturelles. La base de financement à atteindre a été établie à 255 000 $.

Quelques constats :

Au 31 mars 2013, l'Agence reconnaît 224 ressources à titre d'organismes communautaires œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux. Durant l'année financière 2012-2013, l'Agence a octroyé du financement à 221 organismes en mission globale dans le cadre du programme SOC. De plus, 25 organismes ont été financés uniquement par ententes spécifiques. Ce sont donc 246 organismes communautaires qui ont été soutenus financièrement par l'Agence au cours de cette période.

Programmes-services financés

Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement		**11**
Déficience intellectuelle	7	
Troubles envahissants du développement	4	
Déficience physique		**25**
Déficience physique	15	
Déficiences multiples	10	
Dépendances		**16**
Alcoolisme/toxicomanie et autres dépendances	12	
Hébergement mixte	4	
Jeunes en difficulté		**57**
Organismes de justice alternative	7	
Maisons de jeunes	34	
Autres ressources jeunesse	14	
Maisons d'hébergement communautaire jeunesse	2	
Perte d'autonomie liée au vieillissement		**23**
Maintien à domicile	8	
Centres d'action bénévole	15	
Santé mentale		**29**
Santé mentale	29	
Santé physique		**13**
Santé physique	11	
Cancer	1	
Maisons agréées de soins palliatifs	1	
Santé publique		**47**
Contraception, allaitement, périnatalité, famille	18	
Personnes démunies	26	
VIH/sida	3	

Programmes-services financés (suite)

Services généraux, activités cliniques et d'aide		**25**
Orientation et identité sexuelles	1	
Concertation et consultation générale	1	
Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté	7	
Centres de femmes	7	
Autres ressources pour femmes	1	
Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)	4	
Ressources pour hommes	4	
Sous-total		**246**
Organismes financés exclusivement par ententes spécifiques	25	
Organismes financés en mission globale au Programme de soutien aux organismes communautaires		**221**

L'AUGMENTATION DU BUDGET DESTINÉ AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

L'Agence apporte un soutien financier à la mission globale à 221 organismes communautaires, répartis dans 26 catégories. On estime à près de 17 000 le nombre de personnes impliquées dans la réalisation de la mission de ces groupes. Ces individus, qu'ils soient rémunérés ou bénévoles, permettent la réalisation d'activités diversifiées :

- accueil, écoute, évaluation, soutien, aide, accompagnement et référence;
- mise en place et animation de groupes d'entraide;
- aide directe à la population (banques alimentaires, prêts de matériel, comptoirs vestimentaires);
- réalisation d'ateliers, de conférences, de formations thématiques (prévention, information portant sur des problématiques précises, développement d'habiletés, modification de comportements);
- soutien à la réinsertion sociale;
- hébergement pour différents groupes de la population (femmes en difficulté, jeunes en difficulté, personnes alcooliques ou toxicomanes, personnes atteintes du sida ou de la maladie d'Alzheimer, personnes itinérantes).

Évolution du budget alloué aux organismes communautaires	2012-2013		2011-2012	
Mission globale	31 685 210	88 %	29 788 660	86 %
Ententes spécifiques	4 384 301	12 %	4 785 035	14 %
Total	**36 069 511**		**34 573 695**	

Les principaux investissements récurrents réalisés dans ce secteur pour l'année financière 2012-2013 ont été les suivants :

- Un montant de 1 130 805 $ a été utilisé afin de consolider le financement à la mission globale des organismes subventionnés par le programme SOC.
- Une indexation annuelle de 2,4 %, soit 807 627 $, a été octroyée aux organismes financés.
- Une enveloppe de 126 250 $ (annualisée à 246 500 $) a été répartie entre 20 organismes des catégories Déficience intellectuelle, Troubles envahissants du développement et Déficiences multiples.
- Un montant récurrent de 50 000 $ a été octroyé à un organisme afin de favoriser l'accès aux services pour les hommes ayant des comportements violents.
- Un organisme a vu son financement transféré en mission globale suite au changement de rattachement administratif des organismes communautaires de défense des droits en santé mentale. Un montant de 88 305 $ en provenance du MSSS a été ajouté à son financement à la mission.
- Le MSSS a aussi transféré une somme de 60 000 $ pour le financement à la mission globale d'un organisme de la catégorie Santé physique qui était financé par les deux paliers de gouvernement.
- Un montant supplémentaire de 7 005 $ a été octroyé à un organisme nouvellement reconnu qui bénéficiait déjà d'un financement de l'Agence suite à un transfert de port d'attache ministériel. Le financement de cet organisme a donc atteint 15 000 $ en 2012-2013.

Les allocations suivantes ont été faites sur une base non récurrente :

- Une somme de 92 479 $ a été versée à six organismes pour assurer les services de supervision des droits d'accès.
- Un montant de 116 018 $ a été réparti entre les organismes de la catégorie Personnes démunies n'ayant pas atteint la base de financement qui leur est reconnue.
- La table régionale des organismes communautaires œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux a reçu un financement de 41 212 $ pour les frais inhérents à la réalisation des activités du Programme de formation dédié aux organismes communautaires.
- Un montant non récurrent de 20 000 $ a été octroyé à un organisme dans le cadre de la mise en œuvre du Plan d'action gouvernemental de lutte contre l'homophobie.

LES DONNÉES FINANCIÈRES DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

	Budget total 2012-2013	Budget total 2011-2012	Variation
Déficience intellectuelle			
Arche Mauricie inc.	398 440 $	368 404 $	8 %
Association des personnes déficientes intellectuelles Bécancour - Nicolet-Yamaska	153 022 $	149 947 $	2 %
Association pour la déficience intellectuelle Centre-Mauricie	116 736 $	111 209 $	5 %
L'Association pour l'intégration sociale (région Bois-Francs)	82 101 $	77 461 $	6 %
Parrainage civique des Bois-Francs inc.	64 252 $	58 132 $	10 %
Parrainage civique Drummond inc.	87 700 $	84 091 $	4 %
Parrainage civique du Trois-Rivières métropolitain	74 498 $	68 458 $	8 %
	976 749 $	**917 702 $**	
Troubles envahissants du développement			
Autisme - Centre-du-Québec	55 481 $	45 939 $	17 %
Autisme Mauricie	121 139 $	116 423 $	4 %
Centre de stimulation l'Envol	94 109 $	84 415 $	10 %
Les Horizons ouverts	179 376 $	176 172 $	2 %
	450 105 $	**422 949 $**	
Déficience physique			
Association des sourds du Centre-du-Québec inc.	7 163 $	7 995 $	-12 %
« La Source » Association des personnes handicapées du Haut St-Maurice inc.	79 563 $	76 179 $	4 %
Association des personnes handicapées de Drummond inc. [1]	66 217 $	61 503 $	7 %
Association de paralysie cérébrale Région Mauricie et Centre du Québec	65 134 $	57 848 $	11 %
Association éducative et récréative des aveugles	26 509 $	16 000 $	40 %
Association des personnes malentendantes de la Mauricie	52 066 $	45 939 $	12 %
Association des personnes malentendantes des Bois-Francs	56 683 $	51 018 $	10 %
Association des sourds de la Mauricie inc. [2]	0 $	15 938 $	-100 %
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs Mauricie-Centre-du-Québec inc.	76 287 $	70 113 $	8 %
Association Part-égale Normandie [1]	81 108 $	77 879 $	4 %
Association sourds, malentendants Centre-du-Québec inc.	39 702 $	40 897 $	-3 %
Centre pour handicapés physiques des Bois-Francs inc.	241 622 $	235 982 $	2 %

[1] *Organismes ayant changé de catégorie en 2012-2013*
[2] *Organisme ayant perdu sa reconnaissance en 2011-2012*

	Budget total 2012-2013	Budget total 2011-2012	Variation
Déficience physique (suite)			
Coup de main Mauricie	109 844 $	105 170 $	4 %
H.S.I. Handicaps Soleil inc.	73 373 $	69 372 $	5 %
Handicap action autonomie Bois-Francs	86 752 $	84 087 $	3 %
Regroupement des personnes sourdes de la Mauricie	15 000 $	7 995 $	47 %
	1 077 023 $	**1 023 915 $**	
Déficiences multiples			
Association des handicapés adultes de la Mauricie inc.	69 565 $	60 541 $	13 %
Association des parents d'enfants handicapés (APEH) inc.	97 667 $	95 890 $	2 %
Association des parents d'enfants handicapés du Centre-du-Québec inc.	68 769 $	59 598 $	13 %
Association des personnes handicapées de la MRC de Bécancour	85 898 $	74 692 $	13 %
Association des personnes handicapées de l'Érable inc.	82 928 $	78 440 $	5 %
Association des personnes handicapées du Lac St-Pierre	107 183 $	99 896 $	7 %
L'alpha - Secteur des Chenaux	54 259 $	44 492 $	18 %
L'Amis-temps des Bois Francs	86 101 $	67 034 $	22 %
L'Association des personnes handicapées du comté de Maskinongé inc.	68 478 $	61 503 $	10 %
L'Évasion Service de gardiennage et de répit	101 555 $	93 231 $	8 %
Deux organismes ont été reclassés dans la catégorie déficience physique	**822 403 $**	**735 317 $**	
Alcoolisme – toxicomanie et autres dépendances			
Action toxicomanie Bois-Francs	85 199 $	82 379 $	3 %
Centre Adrienne Roy Shawinigan inc.	94 267 $	92 081 $	2 %
Centre de réadaptation Wapan	52 929 $	58 688 $	-11%
Centre d'entraide aux Rayons du soleil inc.	47 759 $	41 20[illegible] $	14 %
Centre L'Étape du bassin de Maskinongé inc.	85 199 $	82 379 $	3 %
La Relance Nicolet-Bécancour inc.	85 199 $	82 379 $	3 %
Le Grand Chemin inc.	445 735 $	323 380 $	25 %
Maison « Réso » de la Mauricie	85 199 $	82 379 $	3 %
Maison Carignan inc.	241 850 $	217 695 $	10 %
Maison de sobriété Trois Rivières inc.	68 503 $	64 017 $	7 %
Maison Jean-Lepage inc.	0 $	1 000 $	-100 %
Pavillon de l'Assuétude	474 906 $	424 721 $	11 %
Unité Domrémy de Plessisville inc.	94 267 $	92 081 $	2 %
	1 861 012 $	**1 644 382 $**	

	Budget total 2012-2013	Budget total 2011-2012	Variation
Hébergement mixte			
Centre Le Havre de Trois-Rivières inc.	537 195 $	527 383 $	2 %
Ensoleilvent	354 653 $	341 754 $	4 %
Pro-Anavim	515 675 $	502 385 $	3 %
Maison de Transition de la Batiscan	368 411 $	356 884 $	3 %
	1 775 934 $	**1 728 406 $**	
Organismes de justice alternative			
Aux Trois pivots	457 728 $	447 023 $	2 %
Commun accord organisme de justice alternative	200 824 $	196 141 $	2 %
Avenues citoyennes – Organismes de justice alternative [1]	138 999 $	135 765 $	2 %
L'Aller-égaux, organisme de justice alternative	81 966 $	78 823 $	4 %
Organisme de justice alternative Volteface	251 623 $	245 749 $	2 %
Pacte Bois-Francs inc.	202 424 $	197 703 $	2 %
Ressources alternatives Maskinongé	85 437 $	82 641 $	3 %
	1 419 001 $	**1 383 845 $**	
Maisons de jeunes			
« L'Eau-vent » (maison de jeunes)	99 850 $	94 179 $	6 %
Alternative jeunesse de Trois-Rivières	112 842 $	108 467 $	4 %
Carrefour jeunesse de Shawinigan	109 561 $	104 858 $	4 %
Comité liaison Adolescents-Parents	82 505 $	75 104 $	9 %
Défi-jeunesse du Haut-St-Maurice inc.	108 310 $	103 483 $	4 %
La Corporation de la Maison des jeunes « Action-Jeunesse » inc.	99 850 $	94 179 $	6 %
La Fréquence inc.	112 842 $	108 467 $	4 %
La maison de jeunes « Au bout du monde » de St-Paulin	97 242 $	91 311 $	6 %
La maison des jeunes Au cœur des montagnes	87 028 $	80 077 $	8 %
La Maison des jeunes de Plessisville inc.	106 044 $	100 991 $	5 %
La traversée 12-18 ans inc.	106 498 $	101 490 $	5 %
L'Accueil jeunesse Grand-Mère inc.	109 561 $	104 858 $	4 %
L'Association des Groupes de jeunes des Hauts-Reliefs	87 028 $	80 077 $	8 %
Local Action jeunes	83 685 $	76 401 $	9 %
Maison de jeunes Le Transit	94 286 $	88 060 $	7 %
Maison de jeunes l'Éveil jeunesse de Louiseville inc.	106 499 $	101 491 $	5 %
Maison de quartier de Drummondville inc.	112 842 $	108 467 $	4 %

[1] Organisme ayant changé de dénomination sociale en cours d'année

	Budget total 2012-2013	Budget total 2011-2012	Variation
Maisons de jeunes (suite)			
Maison des jeunes « La destination 12-17 » inc.	121 181 $	117 639 $	3 %
Maison des jeunes « Le Chakado »	76 348 $	68 332 $	10%
Maison des jeunes de Bécancour	66 089 $	61 361 $	7%
Maison des jeunes de Notre-Dame-de-Montauban l'Index	87 000 $	88 040 $	-1%
Maison des jeunes de Saint-Charles-de-Drummond	82 938 $	75 580 $	9%
Maison des jeunes de Saint-Cyrille de Wendover	92 687 $	86 302 $	7%
Maison des jeunes de Sainte-Brigitte-des-Saults	33 935 $	26 000 $	23%
Maison des jeunes de Shawinigan-Sud	82 938 $	75 580 $	9%
Maison des jeunes de Ste-Gertrude inc.	65 265 $	60 456 $	7%
Maison des jeunes de St-Georges-de-Champlain	58 715 $	53 252 $	9%
Maison des jeunes de St-Germain	87 028 $	80 077 $	8%
Maison des jeunes de Wickham	55 832 $	43 794 $	22%
Maison des jeunes du Bas St-François	77 695 $	74 126 $	5%
Maison des jeunes la Forteresse	62 500 $	61 000 $	2%
Partenaires 12-18/Érable	79 496 $	76 106 $	4%
Partenaires Action jeunesse Mékinac [1]	63 531 $	0 $	100%
Trait d'union de Victoriaville	115 444 $	111 329 $	4%
	3 025 095 $	**2 780 934 $**	
Autres ressources jeunesse			
Centre social et récréatif St-Sacrement	15 751 $	16 382 $	-4 %
Espace Bois-Francs	130 440 $	127 406 $	2 %
Espace Mauricie	139 990 $	136 732 $	2 %
Gentilly Transit jeunesse	48 000 $	52 201 $	9 %
Grands frères et grandes sœurs de Trois-Rivières [2]	15 000 $	1 000 $	93 %
Le refuge La Plaule du Centre du Québec inc.	169 155 $	165 214 $	2 %
Maison Marie Rivier de Drummondville inc.	73 813 $	65 544 $	11 %
Organisme Centretien de Nicolet et régions	64 284 $	55 065 $	14 %
Point de rue	182 593 $	140 512 $	23 %
Répit jeunesse	90 562 $	88 276 $	3 %
Toit Jef inc.	90 145 $	87 818 $	3 %
Trash- Travail de rue à Shawinigan	35 631 $	26 260 $	26 %
Travail de rue communautaire de la MRC de Maskinongé	90 145 $	87 818 $	3 %

[1] *Organisme n'ayant pas déposé de demande de financement en 2011-2012*
[2] *Organisme ayant reçu un premier financement en 2012-2013*

	Budget total 2012-2013	Budget total 2011-2012	Variation
Autres ressources jeunesse (suite)			
Travailleurs de rue de La Tuque inc.	90 145 $	87 818 $	3 %
Travailleurs de rue, information, prévention, sensibilisation du Rivage [2]	0 $	76 494 $	100 %
	1 235 654 $	**1 214 540 $**	
Maisons d'hébergement communautaire jeunesse			
Maison Habit-Action de Drummondville inc.	402 698 $	393 283 $	2 %
Maison Raymond Roy	402 698 $	393 283 $	2 %
	805 396 $	**786 566 $**	
Maintien à domicile			
Association des Personnes Aidantes de la Vallée de la Batiscan [1]	82 547 $	61 979 $	25 %
Association des Personnes Proches Aidantes Drummond	39 847 $	15 000 $	62 %
Association des proches aidants des Bois-Francs	39 847 $	15 000 $	62 %
Carpe Diem – Centre de ressources Alzheimer	694 720 $	686 292 $	1 %
L'Association des aidants naturels et aidantes naturelles du bassin de Maskinongé « Mains tendres »	82 547 $	76 945 $	7 %
Regroupement des aidants naturels de la Mauricie inc.	84 045 $	81 109 $	3 %
Société Alzheimer du Centre du Québec	282 476 $	258 387 $	9 %
Soutien à domicile des Chenaux	22 000 $	23 000 $	-5 %
	1 328 029 $	**1 217 712 $**	
Centre d'action bénévole (CAB)			
Carrefour d'action bénévole du Haut Saint-Maurice	138 914 $	135 682 $	2 %
Carrefour d'entraide bénévole des Bois-Francs	278 504 $	272 000 $	2 %
Centre d'action bénévole de Grand'Mère inc.	162 061 $	158 286 $	2 %
Centre d'action bénévole de la M.R.C. de Bécancour	227 005 $	221 708 $	2 %
Centre d'action bénévole de la Moraine	128 368 $	125 383 $	2 %
Centre d'action bénévole de la MRC de Maskinongé	160 212 $	156 480 $	2 %
Centre d'action bénévole de l'Érable	167 141 $	163 247 $	2 %
Centre d'action bénévole de Nicolet inc.	144 244 $	140 887 $	2 %
Centre d'action bénévole des Riverains	127 737 $	124 767 $	2 %
Centre d'action bénévole Drummond inc.	327 432 $	319 781 $	2%
Centre d'action bénévole du Lac St-Pierre	136 472 $	133 297 $	2 %
Centre d'action bénévole du Rivage	149 411 $	145 933 $	2 %

[1] Organisme qui a fusionné avec Pont de rue durant l'année financière 2011-2012
[2] Organisme ayant changé de dénomination sociale en cours d'année

	Budget total 2012-2013	Budget total 2011-2012	Variation
Centre d'action bénévole (CAB) (suite)			
Centre d'action bénévole Lavolette	325 357 $	317 755 $	2 %
Centre d'action bénévole Mékinac	143 441 $	140 103 $	2 %
Le Centre d'action bénévole de la région de Shawinigan	245 649 $	244 916 $	1 %
	2 861 948 $	**2 800 224 $**	
Santé mentale			
Accalmie : Accompagnement et hébergement pour personnes suicidaires	330 633 $	315 337 $	5 %
Association des parents et amis du malade émotionnel du Centre du Québec inc.	175 792 $	171 696 $	2 %
Association Le P.A.S.	173 527 $	169 483 $	2 %
Atikamekw Sipi Conseil de la Nation Atikamekw	12 858 $	13 557 $	-5 %
Auto-Psy Mauricie	176 628 $	172 512 $	2 %
Centre de prévention suicide du Haut Saint-Maurice	124 861 $	121 958 $	2 %
Centre d'écoute et de prévention suicide Drummond	173 924 $	175 289 $	-1 %
Centre prévention suicide Les Deux Rives	392 903 $	381 080 $	3 %
Centre prévention suicide, Centre-de-la-Mauricie, Mékinac, inc.	169 687 $	165 733 $	2 %
Groupe d'entraide « L'Entrain »	185 396 $	181 074 $	2 %
Groupe d'entraide Facile d'acces	135 272 $	131 712 $	3 %
Groupe d'entraide La Lanterne	217 756 $	212 676 $	2 %
La Chrysalide Maison d'hébergement communautaire en santé mentale	365 668 $	353 867 $	3 %
La maison Le Reverbère inc.	393 888 $	381 680 $	3 %
La Passerelle, Association de familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale de Bécancour-Nicolet-Yamaska	133 288 $	130 187 $	2 %
La Ruche Aire ouverte inc.	171 349 $	167 357 $	2 %
L'Avenue libre du bassin de Maskinongé inc.	142 906 $	139 580 $	2 %
Le Gyroscope du bassin de Maskinongé	115 291 $	112 613 $	2 %
Le Périscope, Association des familles et des proches des personnes atteintes de maladie mentale du Centre Mauricie et secteur Mékinac (AFPPAMM)	162 237 $	158 458 $	2 %
Le Réseau de prévention suicide des Bois-Francs inc.	171 921 $	167 915 $	2 %
Le Réseau d'habitation communautaire de la Mauricie inc.	66 879 $	66 312 $	1 %
Le Traversier, Centre de jour et d'entraide en santé mentale	230 285 $	224 911 $	2 %
Les parcours partenaires inc.	123 796 $	120 916 $	2 %
Pavés Mauricie / Centre du Québec	45 312 $	38 512 $	15 %
Pivot Centre Du Québec	229 698 $	224 338 $	2 %
Regroupement des organismes de base en santé mentale région 04-17	83 961 $	81 553 $	3 %

	Budget total 2012-2013	Budget total 2011-2012	Variation
Santé mentale (suite)			
Réseau d'aide Le Tremplin inc.	575 900 $	558 801 $	3 %
S.I.T. (Service d'intégration au travail)	376 723 $	368 894 $	2 %
Solidarité régionale d'aide et d'accompagnement pour la défense des droits en santé mentale du Centre-du-Québec/Mauricie	123 721 $	121 821 $	2 %
	5 782 060 $	**5 629 824 $**	
Santé physique			
Association de la fibromyalgie Mauricie / Centre-du-Québec	61 274 $	54 834 $	11 %
Association des cardiaques de la Mauricie inc.	61 274 $	54 834 $	11 %
Association des personnes aphasiques de la Mauricie	63 157 $	56 905 $	10 %
Association des traumatisés crânio-cérébraux, Mauricie/Centre du Québec	79 737 $	72 060 $	10 %
Diabète Bois-Francs	56 065 $	50 338 $	10 %
Épilepsie Mauricie Centre-du-Québec	87 547 $	82 497 $	6 %
Hépatites ressources	106 323 $	97 159 $	9 %
La fondation des traumatisés crânio-cérébraux Mauricie Bois-Francs inc.	55 870 $	55 561 $	1 %
Société canadienne de la sclérose en plaques section Centre-du-Québec	38 692 $	29 927 $	23 %
Société canadienne de la Sclérose en plaques, section Mauricie	68 768 $	63 076 $	8 %
Société Parkinson Mauricie/Centre-du-Québec inc.	64 000 $	59 331 $	7 %
	742 907 $	**676 522 $**	
Cancer			
Le Ruban Rose	64 093 $	57 935 $	10 %
	64 093 $	**57 935 $**	
Maisons agrées de soins palliatifs			
Maison Albatros Trois-Rivières inc.	422 824 $	413 914 $	2 %
	422 824 $	**413 914 $**	
Contraception, allaitement, périnatalité, famille			
Allaitement Soleil	67 706 $	63 140 $	7 %
Association des familles monoparentales ou recomposées La Source	15 891 $	13 442 $	15 %
Association Parents ressources des Bois-Francs	19 292 $	18 640 $	3 %
Centre de ressources pour la naissance région Mauricie inc.	78 275 $	72 564 $	5 %
F.A.I.R.E. (Familles d'appui et intervention pour un retour d'entraide)	2 402 $	3 402 $	-35 %
La Maison de la famille de Trois-Rivières inc.	35 819 $	51 949 $	-43 %
La Parenthèse, Service Droits d'accès	10 450 $	0 $	100 %

	Budget total 2012-2013	Budget total 2011-2012	Variation
Contraception, allaitement, périnatalité, famille (suite)			
Le Lien Maison de la famille	1 536 $	2 500 $	-63 %
Le Rendez-vous familial inc.	2 328 $	3 273 $	-41 %
Maison de la famille des Chenaux	16 039 $	16 663 $	-4 %
Maison de la famille du bassin de Maskinongé	26 947 $	29 346 $	-9 %
Maison de la famille, Drummond inc.[1]	15 652 $	27 303 $	-74 %
Maison des familles Chemin du Roi inc.	9 378 $	9 219 $	2 %
Maison des familles de l'Érable	17 001 $	17 603 $	-4 %
Maison des familles de Mékinac	15 541 $	16 177 $	-4 %
Maison des familles du Rivage	4 837 $	5 724 $	-18 %
Maternaide du Québec	88 476 $	83 999 $	5 %
Ressource Parent-ailes	25 739 $	27 112 $	-5 %
	451 367 $	**462 356 $**	
Personnes démunies			
Association coopérative d'économie familiale de la Mauricie (ACEF)	121 903 $	119 069 $	2 %
Carrefour d'entraide Drummond inc.	127 901 $	124 376 $	3 %
Carrefour Normandie Saint-Tite inc.	87 333 $	83 398 $	5 %
Centre d'éducation populaire de Pointe-du-Lac	106 657 $	99 586 $	7 %
Centre d'entraide « Contact » de Warwick	71 037 $	66 484 $	6 %
Centre d'organisation mauricien de services et d'éducation populaire (C.O.M.S.E.P.)	107 505 $	100 526 $	6 %
Centre du Plateau Laval	129 331 $	122 084 $	6 %
Comptoir alimentaire Drummond inc.	84 214 $	81 111 $	4 %
Ebyôn	68 304 $	63 437 $	7 %
Entraide Bécancour inc.	60 978 $	55 301 $	9 %
Fonds communautaire des Chenaux	93 036 $	88 549 $	5 %
La Maison de l'Abondance	57 967 $	65 133 $	-12 %
La Sécurité alimentaire	82 062 $	78 723 $	4 %
La Tablée populaire	100 554 $	94 570 $	6 %
La Tablée populaire Shawinigan inc.	82 487 $	79 194 $	4 %
L'Entre-aide de Louiseville	77 841 $	73 252 $	6 %
Les Artisans bénévoles de la paix en Mauricie	92 686 $	85 836 $	7 %
Les cuisines collectives de Francheville	116 097 $	111 823 $	4 %

[1] *Transfert des services de supervision des droits d'accès à l'organisme La parenthèse, Services de droits d'accès*

	Budget total 2012-2013	Budget total 2011-2012	Variation
Personnes démunies (suite)			
Les Cuisines collectives des Bois-Francs	122 134 $	118 525 $	3 %
Ludolettre	95 914 $	89 420 $	7 %
Maison Coup de pouce T.R.	92 447 $	85 552 $	7 %
Moisson Mauricie /Centre-du-Québec	139 922 $	137 833 $	1 %
Organisme de récupération alimentaire et de services St-Eusèbe	88 507 $	84 620 $	4 %
Organisme de récupération anti-pauvreté de l'Érable	114 770 $	107 994 $	6 %
Ressource Aide alimentaire	77 890 $	74 091 $	5 %
	2 399 477 $	**2 290 487 $**	
VIH – SIDA			
Bureau local d'intervention traitant du sida (B.L.I.T.S.)	122 497 $	134 174 $	-10 %
Maison Re-Né inc.	290 404 $	271 094 $	7 %
Sidaction (Trois-Rivières) inc.	100 507 $	104 581 $	-4 %
	513 408 $	**509 849 $**	
Orientation et identité sexuelles			
GRIS - Centre-du-Québec	55 853 $	26 260 $	53 %
	55 853 $	**26 260 $**	
Concertation et consultation générale			
Table régionale des organismes communautaires (TROC) œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux Centre-du-Québec et Mauricie	176 336 $	194 870 $	-11 %
	176 336 $	**194 870 $**	
Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté			
La maison La Nacelle	636 197 $	621 310 $	2 %
La Rose des vents de Drummond inc.	650 724 $	636 521 $	2 %
La Séjournelle (maison d'aide et d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale avec ou sans enfants)	651 086 $	635 850 $	2 %
Le FAR (famille, accueil, référence) 1985 inc.	675 784 $	660 994 $	2 %
Le Toit de l'Amitié	625 471 $	610 835 $	2 %
Maison « de Connivence » inc.	651 086 $	635 850 $	2 %
Maison d'hébergement La Volte-Face	653 272 $	637 984 $	2 %
	4 543 620 $	**4 439 344 $**	

	Budget total 2012-2013	Budget total 2011-2012	Variation
Centre de femmes			
Centre de femmes de Shawinigan inc.	188 365 $	183 974 $	2 %
Centre de femmes Parmi elles	188 186 $	183 799 $	2 %
Centre des femmes L'Héritage	188 186 $	183 799 $	2 %
Femmes de Mékinac	187 999 $	183 616 $	2 %
La maison des femmes des Bois-Francs	188 278 $	183 889 $	2 %
Le collectif des femmes de Nicolet et région	201 658 $	196 955 $	2 %
Maison des femmes de Drummondville	188 433 $	184 040 $	2 %
	1 331 105 $	**1 300 072 $**	
Autres ressources pour femmes			
Centre de santé des femmes de la Mauricie	524 051 $	511 792 $	2 %
	524 051 $	**511 792 $**	
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)			
Centre d'aide AQUA-R-ELLE	132 145 $	129 071 $	2 %
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de Trois-Rivières	303 941 $	284 497 $	6 %
CALACS Entraid'Action, centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel	146 188 $	158 785 $	9 %
La Passerelle, Centre d'aide et de prévention contre les agressions sexuelles	247 684 $	241 902 $	4 %
	829 958 $	**814 255 $**	
Ressources pour hommes			
Halte Drummond	143 850 $	140 502 $	2 %
Homme alternative	143 850 $	140 502 $	2 %
L'Accord Mauricie inc.	221 010 $	200 745 $	9 %
Chez-nous, Entre-hommes	112 393 $	107 974 $	4 %
	621 103 $	**589 723 $**	
	36 096 511 $	**34 573 695 $**	

LA SITUATION FINANCIÈRE DU RÉSEAU

LE BILAN D'APPLICATION DE LA LOI METTANT EN OEUVRE CERTAINES DISPOSITIONS DU DISCOURS SUR LE BUDGET DU 30 MARS 2010 ET VISANT LE RETOUR À L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE EN 2013-2014 ET LA RÉDUCTION DE LA DETTE

Le 12 juin 2010, l'Assemblée nationale sanctionnait le projet de loi 100 établissant l'objectif de réduire de 10 % les dépenses de fonctionnement de nature administrative constatées en 2009-2010, et ce, d'ici le 31 mars 2014. Des mesures spécifiques ont été ciblées par le gouvernement en 2010-2011 pour y arriver. Ces mesures visent la réduction de la taille des effectifs du personnel administratif et d'encadrement et une réduction de 25 % des dépenses de déplacement, de formation et de publicité.

La région a soumis un plan d'action régional pour l'atteinte de ces cibles et le tableau ci-après indique les résultats de l'exercice financier. Globalement, la région a de nouveau atteint les cibles sur tous les aspects visés par ces mesures. Rappelons que le déploiement des progiciels administratifs régionaux ayant été réalisé pendant l'exercice de référence (2009-2010), le volume d'heures de travail non récurrent réalisé au cours de cet exercice atténue considérablement le niveau de la réduction des effectifs administratifs. Malgré l'ampleur du défi à réaliser au niveau des dépenses de déplacement, de formation et de publicité, celui-ci a été maintenu pour tous les établissements en 2012-2013, incluant les augmentations de prix causées par l'inflation.

Suivi Loi 100	Suivi global des cibles pour l'équilibre budgétaire		Suivi de la réduction des effectifs				Suivi de la diminution des frais administratifs			
	Total des cibles 2010-2014	Total des cibles 2012-2013	Heures 09-10 selon le AS-471	Heures 12-13 selon les établissements	Cible 12-13 (MSSS)	Écart 2009-2012 vs 2012-2013 (favorable) défavorable	Dépenses selon le AS-471 2009-2010 et l'information donnée de l'établissement	Dépenses maximales acceptées 75%	Prévision au 31 mars 2013	Écart favorable (défavorable)
Domrémy	71 000 $	61 796 $	30 520	27 830	(455)	(2 890)	84 146 $	63 110 $	29 551 $	33 559 $
InterVal	205 000 $	181 574 $	63 526	59 070	(1 364)	(4 456)	237 564 $	178 173 $	93 359 $	84 814 $
CSSS Vallée-de-la-Batiscan	232 000 $	202 984 $	144 301	138 055	(1 918)	(6 246)	134 037 $	100 528 $	99 289 $	1 239 $
CSSS Haut-Saint-Maurice	275 000 $	238 270 $	149 059	146 767	(2 085)	(2 292)	135 579 $	101 685 $	76 788 $	24 897 $
CSSS Maskinongé	295 000 $	237 416 $	147 509	140 815	(2 163)	(6 694)	126 800 $	95 100 $	94 381 $	719 $
CSSS Bécancour-Nicolet-Y	470 000 $	376 866 $	269 105	244 841	(3 243)	(24 264)	191 050 $	143 288 $	106 321 $	36 967 $
CRDITED	519 000 $	459 060 $	129 952	124 022	(3 798)	(5 930)	546 064 $	409 549 $	313 713 $	95 836 $
Centre jeunesse	651 000 $	533 932 $	202 479	174 493	(4 113)	(27 986)	389 658 $	292 244 $	231 667 $	60 577 $
Agence	753 326 $	136 874 $	136 874	124 557	(3 693)	(12 317)	452 557 $	339 418 $	275 270 $	64 148 $
CSSS Drummond	895 000 $	799 526 $	515 293	501 946	(6 532)	(13 347)	297 949 $	223 462 $	220 059 $	3 403 $
CSSS Arthabaska-Erable	934 000 $	822 942 $	625 152	603 660	(8 246)	(21 492)	420 518 $	315 389 $	313 186 $	2 203 $
CSSS Énergie	960 000 $	795 528 $	563 076	553 543	(7 436)	(9 533)	322 873 $	242 155 $	233 519 $	8 636 $
CSSS TR fusionné	1 931 000 $	1 658 106 $	1 130 490	1 118 286	(13 529)	(12 204)	621 842 $	466 382 $	432 695 $	33 687 $
TOTAL	**8 191 326 $**	**6 504 874 $**	**4 107 336 $**	**3 957 885 $**	**(58 573) $**	**(149 451) $**	**3 960 637 $**	**2 970 483 $**	**2 519 798 $**	**450 685 $**
			Cible atteinte				Cible atteinte			

Note : Le rapport financier annuel des établissements porte l'identifiant AS-471

LES AUTORISATIONS D'EMPRUNT ACCORDÉES AUX ÉTABLISSEMENTS

Au cours de l'exercice financier 2012-2013, huit établissements de la région ont eu recours à des emprunts temporaires autorisés par l'Agence et le MSSS. Les montants autorisés au 31 mars 2013 figurent dans le tableau ci-bas.

Le montant total des autorisations d'emprunt temporaire accordé aux établissements publics au 31 mars 2013 pour les dépenses courantes de fonctionnement représente 2,48 % (2,42 % en 2011-2012) du total des budgets bruts de fonctionnement des établissements publics de la région. Pour ce qui est des dépenses en immobilisations, cette proportion est de 1,53 % (1,64 % en 2011-2012).

Selon la politique d'emprunt révisée le 20 novembre 2009, il n'y a pas de maximum régional en ce qui a trait aux emprunts reliés aux dépenses courantes de fonctionnement; ces derniers étant sous la gestion du MSSS. Un maximum régional est cependant imposé à la région pour les dépenses en immobilisations, excluant les projets d'économie d'énergie. Ce dernier s'élève à 3 830 000 $. La région respecte ce maximum en ce qui concerne cette catégorie.

Montants totaux pour chaque type ou catégorie d'emprunt	31 mars 2013		31 mars 2012
	Emprunts autorisés	**Emprunts utilisés**	**Emprunts autorisés**
Reliés aux dépenses courantes de fonctionnement			
Équilibre budgétaire	24 500 000 $	10 000 000 $	25 200 000 $
Ajustement régional	2 500 000 $		
Traitement différé	600 000 $		400 000 $
	27 600 000 $	**10 000 000 $**	**25 600 000 $**
Reliés aux dépenses en immobilisations			
Projets autofinancés (autorisations régionales)	814 825 $	366 746 $	1 210 795 $
Projets financés par les activités accessoires			
Projets autofinancés par les économies d'énergie (projets autorisés par le MSSS)	16 173 382 $	10 380 137 $	16 173 382 $
	16 988 207 $	**10 746 883 $**	**17 384 177 $**
Total régional	**44 588 207 $**	**20 746 883 $**	**42 984 177 $**

LES DONNÉES FINANCIÈRES DES ÉTABLISSEMENTS

ÉTABLISSEMENTS	2012-2013 Revenus totaux	2012-2013 Résultats	2011-2012 Revenus totaux	2011-2012 Résultats
CSSS				
du Haut-Saint-Maurice	33 061 156	249 421	32 593 367	516 772
de la Vallée-de-la-Batiscan	29 314 677	389 639	28 278 152	606 404
de l'Énergie	175 573 443	(242 891)	167 574 374	33 500
de Maskinongé	34 229 479	(155 296)	33 133 142	394 598
de Trois-Rivières	344 215 246	(1 048 391)	331 432 934	666 088
de Bécancour–Nicolet-Yamaska	62 052 555	1 076 846	61 223 429	1 034 670
Drummond	158 691 786	1 922 368	152 714 535	1 514 852
d'Arthabaska-et-de-l'Érable	158 187 583	929 338	155 640 983	2 281 246
	995 325 925	**3 121 034**	**962 590 916**	**7 048 130**
Centre de réadaptation et CJ				
Centre jeunesse MCQ	81 515 938	(307 245)	68 378 779	420 719
Domrémy MCQ	8 572 901	245 994	8 188 040	(153 742)
CR InterVal	32 107 261	458 448	31 284 886	(734 459)
CRDITED MCQ - Institut universitaire	68 892 837	408 655	66 736 717	428 589
	191 088 937	**805 852**	**174 588 422**	**(38 893)**
Privés conventionnés				
Foyer Saints-Anges Ham-Nord	2 228 906	93 753	2 206 708	166 430
Vigi Santé Ltée (Les Chutes)	6 036 804	39 792	5 922 970	(48 302)
	8 265 710	**133 545**	**8 129 678**	**118 128**
Cible déficitaire				
	1 194 680 572	**4 060 431**	**1 145 309 016**	**7 127 365**

LES ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE

LE RAPPORT DE LA DIRECTION

Les états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec ont été dressés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables canadiennes pour le secteur public et les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère comme nécessaire en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité d'audit. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

La firme Raymond Chabot Grant Thornton a procédé à l'audit des états financiers de l'Agence, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada, et son rapport de l'auditeur expose l'étendue et la nature de cet audit et l'expression de son opinion. La firme Raymond Chabot Grant Thornton peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité d'audit pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Gaétan Lamy
Président-directeur général

Josée Arseneault
Chef de service
Ressources financières, matérielles et informationnelles

LE RAPPORT DES VÉRIFICATEURS SUR LES ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS

Aux membres du conseil d'administration de
l'Agence de la santé et des services sociaux
de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2013 et les états des résultats, des surplus cumulés et de la variation des actifs financiers nets pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec pour l'exercice terminé le 31 mars 2013. Nous avons exprimé une opinion sur ces états financiers dans notre rapport daté du 12 juin 2013 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2013-013 (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Societe de comptables professionnels agrées
Membre de Grant Thornton International Ltd

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec pour l'exercice terminé le 31 mars 2013 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2013-013 (03.01.61.19) publiée par le MSSS.

Notre opinion indique que, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec au 31 mars 2013 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de ses actifs financiers nets, de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Raymond Chabot Grant Thornton S.E.N.C.R.L.

Trois-Rivières
Le 17 septembre 2013

LES ÉTATS FINANCIERS

Fonds d'exploitation

Exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉE

RÉSULTATS

		Activités principales		Activités accessoires	
		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Exercice courant 3	Exercice précédent 4
REVENUS DE SUBVENTION DU MSSS					
Budget signifié	01	10 999 915	10 937 244	140 934	173 502
(Diminution) ou augmentation du financement	02	197 841	20 087		
Variation des revenus reportés - MSSS	03	(800)	14 584		
Variation de la subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	04	22 760	(6 799)		(851)
Total Subventions MSSS (L.01 à L.04)	05	11 219 716	10 965 116	140 934	172 651
AUTRES REVENUS					
Revenus de placements	06	33 035	34 651		
Revenus de type commercial	07	xxxx	xxxx		
Revenus d'autres sources					
Ventes de services et recouvrements	08	438 636	732 035		
Subventions Gouvernement du Canada	09	20 497	23 088		
Autres revenus	10	301 244	197 587		65 000
TOTAL DES REVENUS (L.05 à L.10)	11	12 013 128	11 952 477	140 934	237 651
CHARGES					
Salaires	12	6 752 537	6 638 575	53 097	51 105
Avantages sociaux	13	1 967 657	1 907 572	18 132	16 317
Charges sociales	14	918 836	891 480	7 264	6 794
Frais de déplacement et de représentation et dépenses C.A.	15	156 211	131 879	xxxx	xxxx
Services achetés	16	588 870	750 197	62 839	102 899
Publicité et communication	17	119 058	118 123		
Loyers	18	763 083	757 464		
Location d'équipement	19	57 892	58 351		
Fournitures de bureau	20	158 181	205 234		
Dépenses de transfert	21	137 996	137 913		
Entretien et réparations	22	98 069			
Frais financiers	23				
Créances douteuses	24				
Autres charges	25	179 054	221 116		65 000
Charges extraordinaires	26	xxxx	xxxx		338
TOTAL DES CHARGES (L.12 à L.26)	27	11 897 444	11 817 904	141 332	242 453
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.11 - L.27)	28	115 684	134 573	(398)	(4 802)
Renseignement à titre informatif seulement					
Contributions de l'avoir-propre (+)	29				
Transferts interfonds - En provenance					
de Fonds affectés (+)	30			xxxx	xxxx
du Fonds des activités régionalisées (+)	31	186 573	198 433	xxxx	xxxx
du Fonds de stationnement (+)	32				
Transferts interfonds - Affectations					
au Fonds d'immobilisations (-)	33	(48 984)	(42 261)		
au Fonds de stationnement (c/a 8610) (-)	34	xxxx	xxxx		
à d'autres fonds (-)	35				
Surplus (Déficit) de l'exercice, après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds (L.28 à L.35)	36	253 273	290 745	(398)	(4 802)

RÉSULTATS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
REVENUS			
Crédits régionaux destinés aux établissements	01	6 164 310	4 945 137
Variation des revenus reportés - MSSS	02	72 824	46 559
Variation de la subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	03		(1 305)
FINESSS	04		
Contributions des établissements	05	86 218	46 000
Revenus de placements	06	22 601	24 956
Revenus d'autres sources			
Ventes de services et recouvrements	07	318 668	303 892
Subventions Gouvernement du Canada	08		
Autres revenus	09	63 321	480 488
TOTAL DES REVENUS (L.01 à L.09)	10	6 727 942	5 845 727
CHARGES			
Salaires	11	2 030 830	1 844 731
Avantages sociaux	12	468 861	453 559
Charges sociales - Fonds des services de santé (FSS)	13	116 313	96 249
Charges sociales - autres	14	162 250	156 866
Frais de déplacement et de représentation	15	55 398	45 374
Services achetés	16	3 127 150	2 006 307
Publicité et communication	17	176 157	340 317
Loyers	18	63 277	52 675
Dépenses de transfert	19	348 223	170 186
Fournitures de bureau	20	30 408	46 322
Entretien et réparations	21	1 864	
Créances douteuses	22		
Autres charges	23	358 048	439 779
TOTAL DES CHARGES (L.11 à L.23)	24	6 938 779	5 652 365
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.10 - L.24)	25	(210 837)	193 362
Renseignement à titre informatif seulement			
Contributions de l'avoir-propre (+)	26		
Transferts interfonds - En provenance			
du Fonds d'exploitation (+)	27		
du Fonds des activités régionalisées (+)	28	15 912	
de Fonds affectés (+)	29	61 017	147 171
Transferts interfonds - Affectations			
au Fonds d'exploitation (-)	30	(186 573)	(198 433)
au Fonds des activités régionalisées (-)	31	(15 912)	
à des Fonds affectés (-)	32		
au Fonds d'immobilisations (-)	33	(92 925)	(199 139)
Autres transferts interfonds	34		
Surplus (Déficit) de l'exercice, après contributions de l'avoir-propre et transferts interfonds (L.25 à L.34)	35	(429 318)	(57 039)

RÉSULTATS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
REVENUS			
Ministère de la santé et des services sociaux			
Subvention pour le remboursement de la dette-capital	01	984 307	822 581
Subvention pour le remboursement de la dette-intérêts	02	2 859 627	3 366 274
Autres subventions	03		
Revenus de placements	04		7 891
Gains sur dispositions d'immobilisations	05		
Amortissement des revenus reportés			
Subventions Gouvernement du Canada	06		
Autres contributions et dons	07		
Autres revenus	08	7 676	
TOTAL DES REVENUS (L.01 à L.08)	09	3 851 610	4 196 746
CHARGES			
Frais financiers			
Intérêts sur emprunts temporaires et sur la dette	10	2 881 609	3 352 988
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11		
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	12	20 973	16 003
Dépenses d'immobilisations non capitalisées			
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	34 563	186 035
Services achetés	14	39 622	
Entretien et maintien des actifs	15	45 484	
Autres charges non capitalisées	16	1 103	132 024
Amortissement des immobilisations	17	957 080	629 920
Pertes sur dispositions d'immobilisations	18		
TOTAL DES CHARGES (L.10 à L.18)	19	3 980 434	4 316 970
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.09 - L.19)	20	(128 824)	(120 224)

Renseignement à titre informatif seulement			
Contributions en provenance du			
Fonds d'exploitation-activités principales (+)	21	48 984	42 281
Fonds d'exploitation-activités accessoires complémentaires (+)	22		
Fonds d'exploitation-activités accessoires commerciales (+)	23		
Fonds des activités régionalisées (+)	24	92 925	199 139
Fonds affectés (+)	25	15 009	42 885
Fonds de stationnement (+)	26		
Contributions affectées à d'autres fonds (-)	27		
Surplus (Déficit) de l'exercice, après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds (L.20 à L.27)	28	28 094	164 041

SOLDE DE FONDS

		Activités principales 1	Avoir propre 2	Exercice courant (C.1 + C.2) 3	Exercice précédent 4
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	134 573	1 314 492	1 449 065	1 103 927
ACTIVITÉS PRINCIPALES					
Surplus (Déficit) de l'exercice des activités principales (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)	02	115 684		115 684	134 573
Transferts interfonds - EN provenance					
de Fonds affectés (préciser) (+)	03	xxxx			
du Fonds des activités régionalisées (préciser) (+)	04	xxxx	186 573	186 573	198 433
du Fonds de stationnement (préciser) (+)	05	xxxx			
Transferts interfonds - Affectations					
au Fonds d'immobilisations (-)	06	xxxx	(48 984)	(48 984)	(42 261)
à d'autres fonds (préciser) (-)	07	xxxx			
ACTIVITÉS ACESSOIRES					
Surplus (Déficit) de l'exercice des activités accessoires (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)	08	xxxx	(398)	(398)	(4 802)
Transferts interfonds - EN provenance					
du Fonds de stationnement (+)	09	xxxx			
Transferts interfonds - Affectations					
au Fonds d'immobilisations (-)	10	xxxx			
au Fonds de stationnement (c-a 8610) (-)	11	xxxx			
à d'autres fonds (préciser) (-)	12	xxxx			
AUTRES ÉLÉMENTS					
Libération de surplus	13	(134 573)	134 573		
Contributions de l'avoir propre aux autres fonds (préciser)	14	xxxx			
Autres	15				59 195
Variation de l'exercice (L.02 à L.15)	16	(18 889)	271 764	252 875	345 138
Redressements demandés par le MSSS (préciser)	17				
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.16 + L.17)	18	115 684	1 586 256	1 701 940	1 449 065

SOLDE DE FONDS

		Fonds d'immobilisations		Fonds des activités régionalisées	
		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Exercice courant 3	Exercice précédent 4
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	76 292		2 412 757	2 469 796
Surplus (Déficit) de l'exercice (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)	02	(128 824)	(120 224)	(210 837)	193 362
Transferts interfonds - EN provenance du Fonds d'exploitation (préciser C.3) (+)	03	48 984	42 261		
du Fonds des activités régionalisées (préciser C.3) (+)	04	92 925	199 139	15 912	
de Fonds affectés (préciser C.3) (+)	05	15 009	42 865	61 017	147 171
du Fonds de stationnement (+)	06			xxxx	xxxx
Transferts interfonds - Affectations au Fonds d'exploitation (préciser C.3) (-)	07			(186 573)	(198 433)
au Fonds des activités régionalisées (préciser C.3) (-)	08			(15 912)	
a des Fonds affectés (préciser C.3) (-)	09				
au Fonds d'immobilisations (préciser C.3) (-)	10	xxxx	xxxx	(92 925)	(199 139)
Autres transferts interfonds (préciser)	11		(49 401)		
Contribution de l'avoir-propre (+)	12				
Autres additions (déductions) (préciser)	13		(38 348)		
Variation de l'exercice (L.02 à L.13)	14	28 094	76 292	(429 318)	(57 039)
Redressements (préciser)	15				
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.14 + L.15)	16	104 386	76 292	1 983 439	2 412 757

BILAN

		Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Exercice courant 3	Exercice précédent 4
ACTIF					
Encaisse	01	2 876 263	2 674 923	2 633 554	2 899 573
Placements temporaires	02				
Débiteurs					
MSSS	03	214 443	20 087	163 908	101 870
FINESSS	04	xxxx	xxxx		
Établissements publics	05	30 216	6 267	63 261	79 963
Gouvernement du Canada	06	6 281	5 486		
Créances interfonds (préciser)	07				
Autres débiteurs	08	160 248	291 477	116 773	93 155
Frais payées d'avance	09	40 140	43 614	368 349	3 206
Stocks de fournitures	10				
Subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	11	1 106 230	1 217 917	116 857	116 858
Autres éléments d'actif	12	57 963	90 162		124 898
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.12)	13	4 491 784	4 349 933	3 462 702	3 419 523
PASSIF					
Découvert bancaire	14			109 648	62 678
Emprunts temporaires	15				
Intérêts courus à payer	16				
Créditeurs et autres charges à payer					
MSSS	17				
Établissements publics	18	460	52 085	132 532	
Dettes interfonds	19				
Salaires courus à payer	20	738 831	740 440	17 113	14 175
Fonds des services de santé (FSS) à payer	21	21 576	20 367		
Autres créditeurs et charges à payer	22	505 733	613 106	649 070	306 475
Passif au titre des avantages sociaux futurs	23	1 187 908	1 241 961	209 660	189 374
Revenus reportés - Gouvernement du Canada	24				
Autres revenus reportés	25	305 991	215 542	361 240	434 064
Dettes à long terme	26				
Autres éléments de passif	27	29 345	17 367		
TOTAL DU PASSIF (L.14 à L.27)	28	2 789 844	2 900 868	1 479 263	1 006 766
SOLDE DE FONDS	29	1 701 940	1 449 065	1 983 439	2 412 757
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.28 + L.29)	30	4 491 784	4 349 933	3 462 702	3 419 523

Fonds d'immobilisations — Exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉE

BILAN

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIF			
Encaisse	01	1 292 439	1 191 392
Placements temporaires	02		
Avances de fonds aux agences et aux établissements publics	03	25 420 863	28 791 165
Débiteurs			
MSSS	04		
Gouvernement du Canada	05		
Autres débiteurs	06	32 547	111 499
Frais payés d'avance	07		
Immobilisations	08	5 707 914	3 992 464
Subvention à recevoir - réforme comptable	09	50 983 255	57 452 446
Frais reportés liés aux dettes	10	106 849	88 064
Autres éléments d'actif	11	6 164 547	6 073 578
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.11)	12	89 708 414	97 700 608
PASSIF			
Découvert bancaire	13		
Emprunts temporaires	14	34 066 548	37 261 940
Intérêts courus à payer	15	646 222	813 851
Salaires courus à payer	16		
Fonds des services de santé (FSS) à payer	17		
Créditeurs et autres charges à payer	18	265 756	165 307
Passif au titre des avantages sociaux futurs	19		
Avances de fonds en provenance des agences et des établissements publics	20		
Revenus reportés - Gouvernement du Canada	21		
Autres revenus reportés	22		
Passifs environnementaux	23		
Dettes à long terme	24	53 826 998	58 578 079
Autres éléments de passif	25	798 504	805 139
TOTAL DU PASSIF (L.13 à L.25)	26	89 604 028	97 624 316
SOLDE DE FONDS	27	104 386	76 292
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.26 + L.27)	28	89 708 414	97 700 608

BILAN

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIF			
Encaisse	01	3 146 624	2 492 896
Placements temporaires	02		
Débiteurs			
MSSS	03	1 986 291	1 725 945
FINESSS	04		
Établissements publics	05	120 822	44 502
Gouvernement du Canada	06		
Créances interfonds (préciser)	07		
Autres débiteurs	08	11 598	163 886
Frais payés d'avance	09		3 811
Subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	10	53 758	56 081
Placements de portefeuilles	11		
Autres éléments d'actif	12		
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.12)	13	5 319 093	4 487 121

PASSIF			
Découvert bancaire	14		4 127
Emprunts temporaires	15		
Intérêts courus à payer	16		
Créditeurs et autres charges à payer			
Établissements publics	17	372 061	323 100
Organismes	18		
Dettes interfonds (préciser)	19		
Salaires courus à payer	20	2 387	4 934
Fonds des services de santé (FSS) à payer	21		
Autres créditeurs et charges à payer	22	649 952	909 148
Passif au titre des avantages sociaux futurs	23	43 171	54 495
Revenus reportés - MSSS	24	1 980 066	1 856 911
Revenus reportés - Gouvernement du Canada	25		
Autres revenus reportés	26	56 487	
Autres éléments de passif	27	1 294 064	407 869
TOTAL DU PASSIF (L.14 à L.27)	28	4 398 188	3 560 584

SOLDE DE FONDS	29	920 905	926 537
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.28 + L.29)	30	5 319 093	4 487 121

Fonds affectés cumulés

Exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉE

RÉSULTATS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
REVENUS			
Subventions MSSS	01	30 872 595	36 750 017
Crédits régionaux	02	1 200 000	1 500 000
Variation des revenus reportés - MSSS	03	(123 155)	(1 198 911)
Variation de la subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	04		(382)
FINESSS	05	7 096 657	
Revenus de placements	06	49 276	48 455
Revenus d'autres sources			
Subventions Gouvernement du Canada	07		
Autres revenus	08	7 843 481	7 648 946
TOTAL DES REVENUS (L.01 à L.08)	09	46 938 854	44 748 125
CHARGES			
Dépenses de transfert	10	46 142 420	44 158 273
	11	xxxx	xxxx
Frais financiers	12		
Charges d'exploitation			
Salaires	13	316 045	320 679
Avantages sociaux	14	64 914	39 634
Charges sociales - Fonds des services de santé (FSS)	15	11 374	9 303
Charges sociales - Autres	16	15 660	13 550
Frais de déplacement et de représentation	17	10 415	21 723
Services achetés	18	139 893	63 269
Location d'équipement	19	2 774	4 761
Fournitures de bureau	20	25 247	135 753
Autres charges	21	128 382	242 291
TOTAL DES CHARGES (L.10 à L.21)	22	46 857 124	45 009 236
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.09 - L.22)	23	81 730	(261 111)

SOLDE DE FONDS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	926 537	1 377 684
Additions (déductions)			
Surplus (Déficit) de l'exercice	02	81 730	(261 111)
Transferts interfonds - EN provenance			
du Fonds d'exploitation (+)	03		
du Fonds des activités régionalisées (+)	04		
de Fonds affectés (préciser) (+)	05		
Transferts interfonds - Affectations			
au Fonds d'exploitation (-)	06		
au Fonds des activités régionalisées (-)	07	(61 017)	(147 171)
à d'autres Fonds affectés (préciser) (-)	08		
au Fonds d'immobilisations (-)	09	(15 009)	(42 865)
Autres transferts interfonds (pages 529, 530 et 531)	10		
Autres additions (déductions) (préciser)	11	(11 336)	
Variation de l'exercice (L.02 à L.11)	12	(5 632)	(451 147)
Redressements (préciser)	13		
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.12 + L.13)	14	920 905	926 537

ÉTAT D'ALLOCATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE DES CRÉDITS

		Exercice courant 1
ENVELOPPE RÉGIONALE		
Montant de l'enveloppe régionale finale (nette) 2012-2013 inscrit dans le système SBF-R	01	1 115 108 460
AFFECTATIONS DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE		
Allocations aux établissements	02	1 025 744 146
Allocations aux organismes communautaires	03	38 933 463
Allocations à d'autres organismes excluant ligne 02 et ligne 03	04	357 176
Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrit au système SBF-R (L. 02 à L. 04)	05	1 065 034 785
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence ayant un impact sur l'enveloppe régionale finale	06	43 527 884
Autres montants des allocations affectées (préciser)		
	07	23 700
	08	
	09	
TOTAL DES AFFECTATIONS DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE (L.05 à L.09)	10	1 108 586 369
SURPLUS DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE SUR LES AFFECTATIONS AVANT PRÉVISION DES COMPTES À PAYER (L.01 - L.10)	11	6 522 091
COMPTES À PAYER INSCRITS EN FIN D'EXERCICE DANS LE SYSTÈME SBF-R		
Pour les établissements publics		
Comptes à payer signifiés (préciser)	12	5 137 432
Comptes à payer non signifiés	13	156 000
Pour les organismes autres que les établissements publics		
Comptes à payer signifiés (préciser)	14	591 534
Comptes à payer non signifiés	15	
TOTAL - COMPTES À PAYER INSCRIT EN FIN D'EXERCICE DANS LE SYSTÈME SBF-R (L.12 à L.15)	16	5 884 966
COMPTES À FIN DÉTERMINÉE REPORTÉS À L'ENVELOPPE RÉGIONALE DE L'EXERCICE SUBSÉQUENT	17	637 125
SURPLUS DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE SUR LES AFFECTATIONS (L.11 - L.16 - L.17)	18	

Notes complémentaires aux états financiers cumulés - Partie 1 - AUDITÉE

NOTE 1 – STATUT ET NATURE DES OPÉRATIONS

L'agence est constituée le *1er janvier 2006* en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2). Elle a pour mandat *d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.*
Le siège social du centre est situé à Trois-Rivières.
En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

NOTE 2 – DESCRIPTION DES PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

Référentiel comptable
Ce rapport financier annuel est établi conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Utilisation d'estimations
La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et des passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Comptabilité d'exercice
La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Périmètre comptable
Le périmètre comptable de l'agence comprend toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle, excluant tous les soldes et opérations relatifs aux biens en fiducie détenus.

Revenus
Les revenus sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice, c'est-à-dire dans l'année au cours de laquelle ont eu lieu les opérations ou les faits leur donnant lieu.

De façon plus spécifique :

Les subventions (transferts) en provenance du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ou de d'autres ministères, organismes budgétaires ou de fonds spéciaux du gouvernement du Québec ou du gouvernement du Canada, sont constatées et comptabilisées aux revenus dans l'année financière au cours de laquelle elles sont dûment autorisées par le cédant et que les critères d'admissibilité ont été respectés par l'agence, sauf lorsque la subvention (transfert) crée une obligation répondant à la définition d'un passif pour l'agence. Ceci est notamment le cas lorsque la subvention (le transfert) est assortie de stipulations à respecter imposées par le cédant. L'agence comptabilise alors un revenu reporté qui est amorti au fur et à mesure que les stipulations sont rencontrées.

Les sommes en provenance d'une entité hors du périmètre comptable du gouvernement du Québec sont constatées et comptabilisées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature de la dépense, utilisation prévue ou période pendant laquelle les dépenses devront être engagées). Les sommes reçues avant qu'elles soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

Revenus d'intérêts
Les intérêts gagnés sur l'encaisse sont partie intégrante du fonds d'exploitation.

Autres revenus
Les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement du Québec et ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu, sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

Notes complémentaires aux états financiers cumulés - Partie 1 - AUDITÉE

NOTE 2 – DESCRIPTION DES PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES (SUITE)

Charges inhérentes aux ventes de services
Les montants de ces charges sont déterminés de façon à égaler les montants des revenus correspondants.

Débiteurs
Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses.

La dépense pour créances douteuses de l'exercice est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts
Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés respectivement et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Dettes à long terme
Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec
Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement est déterminé par l'agence à son rapport financier annuel.

Régime de retraite
Les membres du personnel de l'agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès.

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'agence ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice de l'agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Immobilisations
Les immobilisations acquises sont comptabilisées au coût. Le coût comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement.

Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis :

Catégories	*Durée :*
Améliorations locatives	*Durée restante du bail (max 10 ans)*
Équipement informatique	*3 ans*
Équipement médical	*12 ans*
Mobilier et équipement de bureau	*5 ans*
Autres équipements	*5 à 15 ans*

Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur ne sont pas amorties avant leur mise en service.

Notes complémentaires aux états financiers cumulés - Partie 1 - AUDITÉE

NOTE 2 – DESCRIPTION DES PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES (SUITE)

Frais payés d'avance
Les frais payés d'avance représentent des déboursés effectués avant la fin de l'année financière pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices financiers.

Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel l'agence consomme effectivement le service.

Instruments financiers
L'agence ne détient pas au 31 mars 2013 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et par conséquent, il n'y a pas de gain ou perte de réévaluation.

Comptabilité par fonds
Les agences appliquent également la comptabilité par fonds. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs états financiers respectifs. La comptabilité des agences est tenue de façon à identifier les comptes rattachés à chaque fonds, en respectant les principes et particularités suivants :

-- Le fonds d'exploitation : regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires).

-- Le fonds d'immobilisations : regroupe les opérations relatives aux immobilisations, aux passifs environnementaux, aux dettes à long terme et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations. Les immobilisations acquises pour les activités régionalisées, pour les activités des fonds affectés de l'agence et pour des établissements privés admissibles sont inscrites directement au fonds d'immobilisations de l'agence. De plus, les dépenses non capitalisables financées par les enveloppes décentralisées sont présentées aux résultats du fonds d'immobilisations.

-- Le fonds des activités régionalisées : fonds regroupant les opérations de l'agence relatives à sa fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiées par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs. Le financement de ces opérations est assuré principalement à partir de crédits normalement destinés aux établissements et gérés sur une base régionale et par les établissements concernés.

-- Les fonds affectés : fonds constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées.

-- Le fonds de santé au travail : fonds regroupant les activités reliées à la mise en application des programmes de santé au travail élaborés par la Commission de la santé et de la sécurité au travail. Ces programmes visent à maintenir et à promouvoir la santé en milieu de travail. Le financement du fonds est constitué des subventions de la Commission de la santé et de la sécurité au travail et les activités sont réalisées par l'équipe régionale et les équipes locales.

Dans le contexte de la consolidation, afin d'éviter la comptabilisation en double des revenus et des dépenses, les transferts de et à un autre fonds sont comptabilisés directement au solde de fonds des fonds concernés.

Dans le cas du fonds d'exploitation, du fonds des activités régionalisées et du fonds d'immobilisations, ils sont toutefois tenus en compte pour fins de présentation à l'état des résultats de manière à démontrer les résultats avant et après les transferts. Par la suite, ils sont présentés au solde du fonds des fonds concernés.

Classification des activités
La classification des activités de l'agence tient compte des services qu'elle peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes:

Activités principales
Les activités principales regroupent les opérations qui découlent des fonctions que l'agence est appelée à exercer et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission.

Notes complémentaires aux états financiers cumulés - Partie 1 - AUDITÉE

NOTE 2 – DESCRIPTION DES PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES (SUITE)

Classification des activités (suite)

Activités accessoires
Les activités accessoires comprennent les fonctions que l'agence exerce dans la limite de ses pouvoirs en sus de ses activités principales.

Les activités accessoires se subdivisent en activités complémentaires et en activités de type commercial.

Les activités accessoires complémentaires regroupent les opérations qui, tout en constituant un apport au réseau de la santé et des services sociaux, découlent des fonctions additionnelles exercées par l'agence en sus des fonctions confiées à l'ensemble des agences.

Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les opérations de nature commerciale, non reliées directement à l'exercice des fonctions confiées aux agences.

Centres d'activités
En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des dépenses, les dépenses engagées par l'agence dans le cadre du fonds d'exploitation et du fonds des activités régionalisées sont regroupées dans des centres d'activités. Chacun de ceux-ci est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus par l'agence.

Avoir propre
L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

L'avoir propre de l'agence ne peut être utilisé que pour les fins de la réalisation de la mission selon l'article 269.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation de l'agence.

L'utilisation de l'avoir propre ne doit pas avoir pour effet de rendre son solde déficitaire.

NOTE 3 – MODIFICATIONS COMPTABLES

Avantages sociaux futurs
Dans le passé, les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance-salaire n'étaient pas inscrits aux états financiers.

À compter de l'exercice 2012-2013, les passifs ainsi que le financement du MSSS reliés aux obligations relatives aux employés en congé parental et en assurance-salaire sont comptabilisés.

Cette modification comptable, appliquée rétroactivement avec retraitement des données comparatives, a pour effet d'augmenter les postes suivants :

	2013	2012
Subvention a recevoir - MSSS	111 926	111 926
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	110 713	97 264
Charges-avantages sociaux	13 449	97 264
Subventions - MSSS	-	111 926

Notes complémentaires aux états financiers cumulés - Partie 1 - AUDITÉE

NOTE 3 – MODIFICATIONS COMPTABLES (SUITE)

Subventions (transferts) gouvernementales
Au 1er avril 2012, est entrée en vigueur la nouvelle version de la norme comptable traitant de la comptabilisation des paiements de transfert (chapitre SP 3410 du Manuel de l'ICCA pour le secteur public).

En vertu de cette norme, si l'agence octroie une subvention, elle doit constater une dépense de transfert dès que celle-ci a été dûment autorisée, en fonction de ses règles de gouvernance, et que les critères d'admissibilité ont été respectés par le bénéficiaire.

Dans le cas où l'agence est bénéficiaire d'une subvention (d'un transfert), elle doit constater le revenu de subvention (transfert) dès que celui-ci a été dûment autorisé par le cédant et que les critères d'admissibilité ont été respectés, sauf lorsque le transfert crée une obligation répondant à la définition d'un passif pour l'agence.

À compter de l'exercice financier 2012-2013, les agences bénéficiaires de subventions (transferts) en provenance de ministères, d'organismes budgétaires ou de fonds spéciaux du gouvernement du Québec ne doivent porter à leurs comptes que la partie de la subvention (du transfert) ayant été dûment autorisée par l'Assemblée nationale pour l'année financière concernée, et ce, à condition qu'elles aient aussi respecté les critères d'admissibilité à ce transfert. L'autorisation de la subvention (du transfert) est obtenue :

– lors du vote annuel des crédits par l'Assemblée nationale, lorsque les subventions (transferts) proviennent des ministères et des organismes budgétaires.

– lors du vote annuel de leur budget de dépenses et d'investissements par l'Assemblée nationale, lorsque les subventions (transferts) proviennent des fonds spéciaux.

De même, un compte à recevoir du MSSS (gouvernement du Québec) ne pourra être reconnu que pour la partie exigible de la subvention (du transfert) dûment autorisée, de façon à assurer la concordance entre les comptes du MSSS (gouvernement) et ceux des agences qui bénéficient d'une subvention (d'un transfert).

Par ailleurs, le chapitre SP 3410 précise également qu'une entité bénéficiaire d'un transfert du MSSS (gouvernement) ne peut constater un passif, c'est-à-dire un revenu reporté, que dans la mesure où le transfert lui crée une obligation. Ceci est notamment le cas lorsque le transfert est assorti de stipulations à respecter imposées par le cédant. Si c'est le cas, le revenu reporté comptabilisé doit être diminué au fur et à mesure que les stipulations du transfert sont rencontrées.

Cette modification comptable n'a aucun impact sur les états financiers au 31 mars 2013, ni sur les données comparatives, lesquelles n'ont pas été retraitées, étant donné que la pratique en ce qui a trait à la comptabilisation des revenus reportés est déjà basée sur la présence de stipulations à l'égard de la finalité du financement reçu ou de clauses temporelles.

Subvention à recevoir sur les dettes financées par le gouvernement – réforme comptable
La subvention à recevoir – réforme comptable fait l'objet d'estimations comptables. Au cours de l'exercice, la méthode de calcul utilisée a été révisée relativement à l'ajustement à la subvention à recevoir pour le financement des immobilisations.

Cette modification comptable appliquée prospectivement a pour effet d'augmenter (diminuer) les postes suivants :

	2013
Subventions à recevoir – Immobilisations – Écart de financement – Réforme comptable	(6 328 873)
Subventions – Gouvernement du Québec	7 313 180
Surplus (déficits) de l'exercice	984 307

Notes complémentaires aux états financiers cumulés - Partie 1 - AUDITÉE

NOTE 4 – PRÉSENTATION DES DONNÉES BUDGÉTAIRES

Conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) l'agence a produit pour le présent exercice des prévisions budgétaires de fonctionnement, c'est-à-dire pour les activités principales du fonds d'exploitation. Celles-ci ont été dûment adoptées par le conseil d'administration.

Ces données budgétaires ne sont pas préparées pour le même ensemble d'activités que les données réelles présentées dans le rapport financier annuel, lesquelles incluent également celles des activités accessoires du fonds d'exploitation et celles des fonds d'immobilisations, des activités régionalisées et affectés.

Les prévisions budgétaires des activités principales du fonds d'exploitation sont comparées ci-après aux données réelles correspondantes :

		Réel 31/03/13	Budget 31/03/13
PRODUITS			
Subventions du MSSS			
Budget signifié	01	10 999 915	10 733 100
(Diminution) ou augmentation du financement	02	197 841	409 199
Variation des revenus reportés - MSSS	03	(800)	-
Ajustement de la subvention à recevoir - Réforme comptable – variation de la provision pour Vacances, congés de maladie et fériés	04	22 760	
Total Subvention du MSSS (L.01 à L.04)	05	**11 219 716**	**11 142 299**
Revenus d'intérêts	06	33 035	30 000
Revenus d'autres sources			
Recouvrements	07		
Ventes de services	08	438 636	567 105
Subventions du gouvernement fédéral	09	20 497	22 223
Autres subventions	10		
Autres revenus	11	301 244	184 946
Total des produits (L.05 à L.11)	12	**12 013 128**	**11 946 573**
CHARGES D'EXPLOITATION			
Salaires	13	6 752 537	7 355 439
Avantages sociaux	14	1 967 657	1 412 577
Charges sociales	15	918 836	937 695
Frais de déplacement et d'inscription et dépenses C.A.	16	156 211	138 390
Services achetés	17	588 870	571 780
Publicité et communications	18	119 058	129 250
Loyers	19	763 083	771 775
Location d'équipement	20	57 892	65 000
Fournitures de bureau	21	158 181	150 000
Dépenses de transfert	22	137 996	178 500
Autres frais	23	277 123	238 740
Charges non réparties	24		
Total des charges d'exploitation et non réparties (L.13 à L.25)	26	**11 897 444**	**11 949 142**
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.12 - L.26)	27	**115 684**	**(2 569)**

Notes aux états financiers

NOTE 5 - RÉSULTATS

Le résultat des opérations des ACTIVITÉS PRINCIPALES indiqué à la page 200, ligne 28, colonne 1 se solde par un excédent des revenus sur les charges au montant de 115 684 $ et est imputé au solde des activités principales. Ce montant est assujetti à la politique de libération du surplus.

Le résultat des opérations des ACTIVITÉS ACCESSOIRES indiqué à la page 200, ligne 28, colonne 3 se solde par un excédent des charges sur les revenus de 399 $ et est imputé à l'AVOIR PROPRE.

Notes aux états financiers

NOTE 6 - EMPRUNT BANCAIRE

Au 31 mars 2013, l'Agence possède un total d'autorisations d'emprunt de 65 720 414 $ pour le fonds des équipements et de 90 289 072 $ pour le fonds des immobilisations au taux des acceptations bancaires plus 0,30 %, lequel est de 1,52 % à la date du bilan. Ces emprunts sont garantis par le ministère de la Santé et des Services sociaux et le solde emprunté au 31 mars 2013 est de 26 116 323 $

Au 31 mars 2013, l'Agence dispose également d'une marge de crédit autorisée de 6 428 000 $ au taux des acceptations bancaires plus 0,30 %, lequel est de 1,52 % en date du bilan. Cette marge de crédit est garantie par le ministère de la Santé et des Services Sociaux et le solde emprunté au 31 mars 2013 est de 6 164 547 $ incluant les intérêts capitalisés. La convention de crédit est renégociable le 30 juin 2013. Cet emprunt est relié à la réalisation des travaux de réaménagement de deux étages de l'aile A du Pavillon Saint-Joseph et sert également à assurer la continuité des services pour les frais supplémentaires encourus par le CSSS de Trois-Rivières afin de relocaliser la clientèle hébergée au site de Cloutier-du-Rivage.

NOTE 7 - DETTE À LONG TERME

	2013	2012
Marge de crédit de Financement Québec, portant intérêt au taux des acceptations bancaires d'un mois + 0,05 %. Le taux préférentiel au 31 mars 2013 est de 1,27 % (2012 : 1,25 %)	1 785 679 $	578 984 $
Emprunts de 101 380 190 $, remboursables par versements annuels variables de capital, échéant en mars 2023. L'intérêt, variant entre 4,66% et 9,82%, est payable semestriellement.	6 181 510	7 544 560
Emprunt de 16 701 600 $, remboursable par versements annuels de capital de 668 064 $ et un versement final de 7 348 704 $, échéant en décembre 2015. L'intérêt au taux de 6,306% est payable semestriellement.	8 684 832	9 352 896
Emprunt de 13 917 356 $, remboursable par versements annuels de capital de 786 849 $ et un versement final de 6 048 863 $, échu en novembre 2012. L'intérêt au taux de 6,064% est payable semestriellement.	-	6 048 863
Emprunt de 4 966 274 $, remboursable par versements annuels de capital de 297 740 $ et un versement final de 202 437 $, échéant en avril 2019. L'intérêt au taux de 6,514% est payable semestriellement.	1 988 876	2 286 616
Emprunt de 8 210 269 $, remboursable par versements annuels de capital de 483 603 $ et un versement final de 1 923 429 $, échéant en décembre 2015. L'intérêt au taux de 6,118% est payable semestriellement.	2 890 635	3 374 238
Emprunt de 850 696 $, remboursable par versements annuels de capital de 34 028 $ et un versement final de 544 445 $, échu en octobre 2012. L'intérêt au taux de 5,653% est payable semestriellement.	-	544 445
Sous-total	**21 531 532 $**	**29 730 602 $**

NOTE 7 - DETTE À LONG TERME (suite)

	2013	2012
Sous-total	**21 531 532 $**	**29 730 602 $**
Emprunt de 1 127 937 $, remboursable par versements annuels de capital de 45 117 $ et un versement final de 857 232 $, échéant en mars 2014. L'intérêt au taux de 4,408% est payable semestriellement.	857 232	902 349
Emprunt de 2 078 938 $, remboursable par versements annuels de capital de 175 800 $ et un versement final de 1 024 139 $, échéant en mars 2014. L'intérêt au taux de 4,408% est payable semestriellement.	1 024 139	1 199 939
Emprunt de 2 634 549 $, remboursable par versements annuels de capital de 105 382 $ et un versement final de 2 107 639 $, échéant en septembre 2013. L'intérêt au taux de 4,478% est payable semestriellement.	2 107 639	2 213 021
Emprunt de 6 777 363 $, remboursable par versements annuels de capital de 560 903 $ et un versement final de 3 972 847 $, échéant en septembre 2013. L'intérêt au taux de 4,478% est payable semestriellement.	3 972 847	4 533 751
Emprunt de 353 487 $, remboursable par versements annuels de capital de 14 139 $ et un versement final de 282 790 $, échéant en décembre 2014. L'intérêt au taux de 3,222% est payable semestriellement.	296 929	311 069
Emprunt de 12 213 085 $ auprès de Financement-Québec, portant intérêts au taux de 3,544%, remboursable par annuité de 1 331 665 $ et un versement final de 4 297 924 $, intérêts en sus, garanti par une hypothèque mobilière sans dépossession portant sur la subvention qui sera accordée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, au nom du gouvernement du Québec, échéant en décembre 2016.	8 218 088	9 549 753
Emprunt de 801 060 $ auprès de Financement-Québec, portant intérêts au taux de 3,835 %, remboursable par annuité de 32 042 $ et un versement final de 640 848 $, intérêts en sus, garanti par une hypothèque mobilière sans dépossession portant sur la subvention qui sera accordée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, au nom du gouvernement du Québec, échéant en décembre 2016.	736 975	769 018
Emprunt de 3 098 527 $ auprès de Financement-Québec, portant intérêts au taux de 3,835 %, remboursable par annuité de 221 323 $ et un versement final de 1 991 910 $, intérêts en sus, garanti par une hypothèque mobilière sans dépossession portant sur la subvention qui sera accordée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, au nom du gouvernement du Québec, échéant en décembre 2016.	2 655 881	2 877 204
	41 401 262 $	52 086 706 $

NOTE 7 - DETTE À LONG TERME (suite)

	2013	2012
Sous-total	**41 401 262 $**	**52 086 706 $**
Emprunt de 659 071 $ auprès de Financement-Québec, portant intérêts au taux de 2,82 %, remboursable par annuité de 26 363 $ et un versement final de 527 256 $, intérêts en sus, garanti par une hypothèque mobilière sans dépossession portant sur la subvention qui sera accordée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, au nom du gouvernement du Québec, échéant en juin 2016.	606 345	632 708
Emprunt de 1 575 125 $ auprès de Financement-Québec, portant intérêts au taux de 2,428 %, remboursable par annuité de 71 323 $ et un versement final de 1 147 186 $, intérêts en sus, garanti par une hypothèque mobilière sans dépossession portant sur la subvention qui sera accordée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, au nom du gouvernement du Québec, échéant en décembre 2018.	1 503 802	1 575 125
Emprunt de 4 862 524 $ auprès de Financement-Québec, portant intérêts au taux de 2,428 %, remboursable par annuité de 712 967 $ et un versement final de 584 720 $, intérêts en sus, garanti par une hypothèque mobilière sans dépossession portant sur la subvention qui sera accordée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, au nom du gouvernement du Québec, échéant en décembre 2018.	4 149 557	4 862 524
Emprunt de 2 689 697 $ auprès de Financement-Québec, portant intérêts au taux de 2,099 %, remboursable par annuité de 121 199 $ et un versement final de 2 083 702 $, intérêts en sus, garanti par une hypothèque mobilière sans dépossession portant sur la subvention qui sera accordée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, au nom du gouvernement du Québec, échéant en juin 2018.	2 689 697	-
Emprunt de 5 262 014 $ auprès de Financement-Québec, portant intérêts au taux de 2,099 %, remboursable par annuité de 786 850 $ et un versement final de 1 327 766 $, intérêts en sus, garanti par une hypothèque mobilière sans dépossession portant sur la subvention qui sera accordée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, au nom du gouvernement du Québec, échéant en juin 2018.	5 262 014	-
Total	55 612 677	59 157 063

NOTE 7 - DETTE À LONG TERME (suite)

La dette à long terme du fonds d'immobilisations est destinée à financer les enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipements et est payable à Financement Québec.

Les remboursements en capital de la dette à long terme à effectuer au cours des cinq prochains exercices sont les suivants :

2013-2014	7 121 220
2014-2015	6 361 597
2015-2016	5 095 496
2016-2017	3 943 829
2017-2018	2 332 434
	24 854 576 $

NOTE 8 - ENGAGEMENTS

L'Agence s'est engagée en vertu de baux à long terme échéant à diverses dates jusqu'au 31 octobre 2020 pour des locaux administratifs et des biens loués.

La charge de location de l'exercice terminé le 31 mars 2013 concernant ces locaux administratifs et ces biens loués s'élève à 858 415$. Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2014	814 877 $
2015	551 365
2016	99 246
2017	40 667
2018 et subséquents	134 846
	1 641 001 $

Dans le fonds affecté des médecins en régions éloignées, l'Agence s'est engagée par contrat à verser des primes d'installation et de maintien à des médecins pour les inciter à venir exercer leur pratique dans la région du Haut St-Maurice. Compte tenu que certains médecins peuvent recevoir des primes de maintien tout au long de leur pratique et que la durée de cette dernière ne peut être estimée, le montant de cet engagement est estimé en fonction des informations disponibles à la date de ces états financiers. Les versements estimés prévus au cours des quatre prochains exercices sont les suivants :

2013-2014	100 000 $
2014-2015	60 000
2015-2016	40 000
2016-2017	20 000
	220 000 $

NOTE 9 - OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

NOTE 10 - ÉVENTUALITÉS

L'Agence fait présentement l'objet d'une réclamation judiciaire pour un montant qui totalise 3 280 183 $. L'Agence croit au bien-fondé de sa défense et continue à faire valoir ses droits devant les tribunaux. De l'avis de la direction, il est présentement impossible d'évaluer le dénouement du litige et le montant, le cas échéant, qu'elle pourrait être appelée à verser. Conséquemment, aucune provision ne figure aux états financiers. Toutefois, l'Agence, par l'entremise des crédits régionaux, devrait assumer cette somme.

NOTE 11 - DONNÉES COMPARATIVES

Certaines données correspondantes fournies pour l'exercice précédent ont été reclassées en fonction de la présentation adoptée pour le présent exercice.

NOTE 12- FIDUCIE KINO-QUÉBEC

L'Agence est nommée gestionnaire de la Fiducie Kino-Québec depuis le 1er juillet 2002. Le rôle de l'Agence en tant qu'établissement fiduciaire est d'assurer une saine gestion de l'enveloppe annuelle qui lui est confiée pour la réalisation des priorités nationales retenues par le comité national.

Les opérations pour l'exercice terminé le 31 mars 2013, qui ne sont pas présentées dans le rapport financier, sont les suivantes:

	2013	2012
SOLDE À ATTRIBUER AU DÉBUT DE L'EXERCICE	703 697 $	249 642 $
Ajustement exercice antérieur		-
	703 697 $	**249 642 $**
PROVENANCE		
M.S.S.S.	125 000 $	125 000 $
Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport	236 638	857 621
Revenus d'intérêts	5 530	889
Autres revenus	2 920	17 760
	370 088 $	**1 001 270 $**
ATTRIBUTIONS		
Milieu scolaire - Concours école active	163 585	166 966 $
Milieu scolaire - Outils	3 283	50 556
Milieu scolaire - Mon école à pied, à vélo	5 365	-
Milieu municipal - Municipalité active	-	-
Milieu municipal - déplacement actif	-	-
Milieu municipal - Aînés	9 027	3 345
Milieu municipal - Viactive	48 873	13 920
Réseau fonct. -Formation et congrès	6 715	5 326
Réseau fonct. - Avis scientifique	26 570	-
Réseau fonct. - Représentation publicité	-	55
Réseau fonct. Impressions publications	50 753	16 714
Réseau fonct. - Projet MSSS activités physiques	136 049	76 056
Réseau fonct. - Initiatives régionales	-	7 000
Réseau fonct. - Initiatives diverses	-	-
Réseau fonct. - Table MVPA	20 993	1 632
Communications - Plaisirs d'hiver	58 696	75 175
Communications - JNSAP	103 340	125 469
Coordination - services achetés	5 000	5 000
		-
	638 249 $	**547 215 $**
SOLDE À ATTRIBUER À LA FIN DE L'EXERCICE	**435 536 $**	**703 697 $**
Encaisse disponible :		
Solde à attribuer à la fin de l'exercice	435 536 $	703 697 $
Comptes à recevoir	(221 065)	(509 462)
Comptes à payer	56 424	36 700
Encaisse disponible	270 896 $	230 935 $

LE BILAN DE SUIVI DE GESTION
DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ À LA FIN DE LA TREIZIÈME PÉRIODE FINANCIÈRE
2012-2013

Section 4

AXE	MESURES D'OPTIMISATION
Objectifs de résultats 2010-2015	Limiter la croissance annuelle des dépenses de services du système de santé et de services sociaux à 5 %

Sujets	Actions régionales	État d'avancement au 31 mars 2013
Mettre en œuvre des projets structurés[1]	–Avoir complété la planification en vue de la mise en place de l'organisation des services de buanderie dans la région (1 projet) –Avoir complété un second cycle d'optimisation et d'harmonisation avec d'autres sous-processus sélectionnés par les tables fonctionnelles des ressources humaines et des ressources financières (13 projets) –Augmentation des personnes rejointes en ergothérapie aux services à domicile (1 projet)	Réalisé
La téléphonie IP[2]	–Maintenir à niveau 15 systèmes téléphoniques supportés par les manufacturiers –Remplacer 7 systèmes téléphoniques désuets en adéquation avec les orientations du MSSS	Réalisé

Plus de 15 projets ont été réalisés au cours de l'année, bien qu'initialement, l'engagement 2012-2013 visait 15 projets structurés.

Sujets	Actions régionales	État d'avancement au 31 mars 2013
La téléphonie cellulaire	–Sur réception des gabarits qui seront transmis par le MSSS, fournir : - Transfert au nouveau contrat de la Corporation de services regroupés de l'Estrie (CSRE) - État de situation - Bénéfices - Inventaire au 30 juin 2012 des services cellulaires utilisés dans la région	Réalisé
La visioconférence	–Sur réception du gabarit qui sera transmis par le MSSS, fournir l'inventaire des stations de visioconférence, au plus tard le 30 juin 2012, incluant les services de visioconférence avec caméra Web –Favoriser l'utilisation des visioconférences –Explorer la mise en œuvre d'un service de visioconférence avec caméra Web, minimalement régional ou suprarégional	Réalisé
Le courrier électronique	–Épurer les archives des boîtes de courriel électronique sur les postes de travail –Épurer les boîtes de courrier électronique –Optimiser le nombre de licences de logiciels –Normaliser les adresses de courrier électronique –Inventorier les systèmes applicatifs et informationnels développés avec le collecticiel Lotus Notes et élaborer une stratégie visant à en gérer l'évolution –Suivant l'adjudication du contrat : - Participer à l'élaboration du plan régional de migration - Coordonner la gestion du changement dans la région	En cours de réalisation
La gestion du parc des postes de travail	–Inventorier les systèmes d'information qui ont une dépendance forte avec la suite bureautique Microsoft Office (Word, Excel et Accès) –Optimiser la gestion du parc des postes de travail par : - L'utilisation de regroupements d'achats - Une gestion régionale des licences - Un partage de l'expérimentation du déploiement des applications de missions - La centralisation du déploiement et de l'évolution des postes de travail - Réaliser le plan d'affaires pour l'optimisation de la gestion des postes de travail d'ici le 31 mars 2013 - Ajuster le plan régional d'optimisation du parc par l'utilisation du client léger en accord avec le *Guide d'optimisation du parc des postes de travail*	En cours de réalisation

Sujets	Actions régionales	État d'avancement au 31 mars 2013
Le regroupement des centres de traitement de données	–Compléter l'inventaire des centres de traitement dans la région qui ont plus de quatre serveurs –Élaborer le plan d'optimisation pour : - Réduire progressivement le nombre de centres de traitement dans la région - Optimiser l'utilisation des centres de traitement (CTI) des centres hospitaliers (CH) déjà en place - Optimiser les investissements récemment consentis pour la construction d'un centre à Trois-Rivières - Identifier la stratégie de continuité de services en maximisant les centres de traitement déjà en place dans la région	En cours de réalisation
L'énergie	–S'inscrire dans la démarche nationale et assurer la réalisation de projets dans les installations de la région s'il demeure des aspects non couverts par la première vague de projets	Réalisé
L'approvisionnement en commun	–Actualiser la restructuration –Contribuer à la cible nationale d'achats en commun	Réalisé
La clientèle soutien à domicile (PALV/DP/DI/TED)	–Voir la fiche « Services de soutien à domicile » à la page 146	Réalisé
Système de paie	–Finaliser l'harmonisation des processus de paie –Évaluer la pertinence de regrouper le traitement de la paie	Réalisé

Commentaires

Mettre en œuvre des projets structurés
L'Agence a assuré un leadership régional en appuyant, par un financement non récurrent, plusieurs projets d'optimisation initiés par les établissements.

Au terme de l'année financière 2012-2013, des résultats positifs sont constatés concernant la poursuite de l'optimisation des services d'ergothérapie à domicile. En effet, il y a eu une augmentation de 14 % du nombre de personnes rejointes en ergothérapie aux services à domicile (602 usagers de plus que l'année précédente, soit un total de 4 888 usagers différents), ainsi qu'une augmentation du nombre d'interventions (663 interventions de plus que l'année précédente, soit un total de 24 054 interventions différentes).

Tous les CSSS seront bientôt interpellés afin de compléter le document *Bilan du projet d'optimisation des services d'ergothérapie à domicile 2012-2013*. Cet exercice permettra une analyse plus détaillée des résultats obtenus et un ajustement des objectifs.

Les services provenant du centre d'activité ergothérapie à domicile sont surtout offerts aux clientèles des programmes Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), Déficience physique (DP) et à celles qui nécessitent des soins palliatifs.

Commentaires (suite)
Le courrier électronique L'échéancier de ce projet provincial a été retardé et les travaux préparatoires s'échelonneront jusqu'en 2013 2014. Le contrat n'a pas été attribué et le processus provincial de sélection se poursuit. Les travaux suivent cependant les étapes prévues. Suite à la rencontre provinciale de démarrage du 6 novembre 2012, un chargé de projet régional a été désigné et les chargés de projets locaux identifiés. L'inventaire des applicatifs a été complété selon l'échéancier prescrit. La démarche régionale d'identification d'une solution de gestion électronique des documents pour conserver la mémoire organisationnelle contenue dans les boîtes de courrier électronique est actuellement en cours. **La gestion du parc des postes de travail et le regroupement des centres de traitement de données** Les plans régionaux d'optimisation du parc des postes de travail et du regroupement des centres de traitement ont été déposés. La prochaine étape est l'élaboration des dossiers d'affaires. **La gestion du parc des postes de travail** Une preuve de concept avec un environnement « Citrix Xen Desktop », dont nous possédons déjà les licences, sera testée dans le cadre du projet de rehaussement des laboratoires. Mais une solution à plus grande échelle nécessitera de procéder à un processus d'appel d'offres et de passer préalablement le processus d'autorisation du Plan de gestion des ressources informationnelles (PGRI). Une analyse détaillée suivra en 2013 2014. Plusieurs contrats de licences d'intérêt commun sont gérés régionalement (ex. : labos, TS CAL, Sogique, etc.) et c'est l'orientation privilégiée pour chaque nouveau projet ou rehaussement. Un processus type régional est en définition pour les appels d'offres visant une solution commune d'applicatifs à l'échelle de la région. **Le regroupement des centres de traitement de données** Le nouveau centre de traitement informatique (CTI) régional est maintenant opérationnel. Les actifs ajoutés ou rehaussés sont désormais installés et consolidés au CTI régional. Des mesures de continuité de services sont mises en place pour les actifs les plus critiques (ex. : données). Le système de laboratoires est installé au CTI régional et au CTI du CSSS de Trois-Rivières. Le plan de transfert des actifs du Technocentre est en finalisation. Les travaux d'élaboration d'un plan se poursuivront en 2013-2014. Une analyse préliminaire a été déposée et l'inventaire des salles de serveurs a été complété.
Noms : Mélanie Perron Julie Michaud (ergothérapie) — Date : 9 mai 2013 7 mai 2013

AXE	L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES
Objectifs de résultats 2010-2015	Priorités ministérielles pour favoriser l'accès aux services médicaux, aux services diagnostiques et aux services spécialisés dans des délais acceptables

Sujet[1]	Actions régionales	État d'avancement au 31 mars 2013
Accès aux services spécialisés	-Mettre en œuvre le plan d'action	Réalisé
Accès aux services spécialisés de chirurgie	-Révision des processus -Analyser la pertinence d'implanter une zone franche et une centrale de rendez-vous	Réalisé

[1] L'entente de gestion 2012-2013 ne contenait pas d'engagement relatif à la configuration des services médicaux.

Sujet	Actions régionales	État d'avancement au 31 mars 2013
Accès aux services d'imagerie	–Proportion des demandes de services en attente de moins de 3 mois pour la clientèle élective en imagerie médicale : résultat pour la Mauricie et du Centre-du-Québec au 3 décembre 2011 (T3) → 75 % –Révision des processus –Analyser la pertinence d'implanter une zone franche et une centrale de rendez-vous	Proportion des demandes de services en attente de moins de 3 mois pour la clientèle élective en imagerie médicale : résultat au 31 mars 2013 (T4) → 62,0 % Réalisé
Accès au continuum de services AVC	–Participer à la désignation des centres tertiaires[1] et à la mise en place des corridors de services	En cours de réalisation
Accès au continuum de services pour la douleur chronique	–Soutien à l'organisation de services et participer à la définition et la mise en place des corridors de services	En cours de réalisation
Rehaussement des systèmes de laboratoires	–Assurer un suivi auprès des établissements désignés du territoire –Identifier les bénéfices du projet	Réalisé
Traumatologie	–Soutenir l'évolution du processus d'optimisation –Participer à l'implantation des orientations qui en découlent	Réalisé
Service Info-Santé 811	–Diminution du taux de roulement, du temps supplémentaire et de la MOI –Combler les postes vacants	En cours de réalisation
Prise en charge infarctus du myocarde avec élévation du Segment ST	–Application de l'algorithme diffusé	En cours de réalisation

Commentaires

Accès aux services spécialisés
Le Plan d'action aux services spécialisés 2012-2013 qui comprend différents domaines, dont l'imagerie médicale, la chirurgie, les consultations spécialisées et l'endoscopie, a été réalisé en grande partie. Les résultats sont présentés dans les différentes sections des fiches de reddition de comptes.

Accès aux services spécialisés de chirurgie
De façon générale, deux principaux objectifs étaient visés dans le cadre de l'entente de gestion MSSS Agence 2012-2013 :

- 90 % des demandes inscrites au mécanisme central sont traitées dans les délais pour une chirurgie. Au 31 mars 2013, les cinq indicateurs visés (1.09.20.1 à 1.09.20.5) sont atteints (voir la fiche « Médecine et chirurgie » à la page 150).

Aucune personne en attente d'une chirurgie de plus d'un an. Au 31 mars 2013, 48 demandes étaient en attente de plus d'un an, soit moins de 1 % de l'ensemble des chirurgies en attente (voir la fiche « Priorités ministérielles – Chirurgie et accès » à la page 158).

[1] L'Agence n'avait pas à participer à la désignation des centres tertiaires.

Commentaires (suite)

Accès aux services d'imagerie
Au 31 mars 2012, la proportion des demandes de services pour la clientèle élective, dont le délai est inférieur à trois mois, était de 67 %, tandis qu'au 31 mars 2013, elle était de 62 %. Ces résultats comprennent l'ensemble des examens d'imagerie médicale (radiographie, échographie, résonance magnétique, tomodensitométrie, mammographie, etc.). Plusieurs actions ont été conduites en cours d'année afin d'augmenter la capacité et, par le fait même, de diminuer le nombre de demandes en attente. Des efforts ont été investis dans les secteurs plus problématiques, dont en imagerie par résonance magnétique. Ainsi, en 2012-2013, un financement a été accordé au CSSS de l'Énergie et au CSSS de Trois-Rivières afin d'ouvrir de nouvelles plages horaires.

Une entente de collaboration entre cet établissement et le CSSS de Trois-Rivières a été conclue et a permis de diminuer la liste d'attente globale de 27 %, soit 662 usagers. De plus, la proportion des demandes en attente de moins de trois mois est passée de 57 % à 64 %, entre le 31 mars 2012 et le 31 mars 2013. Les efforts se poursuivront au cours de la prochaine année dans les différents secteurs d'activités, principalement en échographie et en tomodensitométrie.

Accès au continuum de services AVC
L'accès à un continuum de services nécessite comme première étape que des centres soient désignés aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire. Le rôle de l'Agence est de contribuer activement à la désignation de ces centres primaire et secondaire. Ainsi, les critères d'évaluation de désignation des centres secondaires pour l'accès au Programme AVC-AIT ont été diffusés. L'Agence a identifié et informé les quatre centres pressentis à obtenir une désignation de centre secondaire et un centre pressenti de niveau primaire. Les travaux en lien avec les critères d'évaluation pour l'obtention d'une désignation sont discutés et suivis par le comité régional neurovasculaire, dont tous les établissements y sont représentés et les comités locaux. L'Agence n'avait pas à participer à la désignation des centres tertiaires.

Accès au continuum de services pour la douleur chronique
La proposition de désignation d'un consortium en tant que centre régional a été déposée au MSSS le 18 avril 2013. L'équipe du centre régional en gestion de la douleur a été complétée selon les crédits alloués et utilise une approche interdisciplinaire. Une concertation est en cours pour établir les corridors de services entre le centre régional, les CSSS et la 1re ligne médicale. Un formulaire de référence pour l'accès aux services a été diffusé auprès des médecins de famille du territoire. Un comité régional travaille à l'élaboration et à l'implantation de trajectoires par pathologie, en débutant par le syndrome douloureux régional complexe et la lombalgie pour 2013-2014.

Rehaussement des systèmes de laboratoires
Les huit CSSS de la région ont mis en place un seul et unique système de laboratoire (SIL) en mode multisites hébergé sur des serveurs au Technocentre régional. Les travaux pour le rehaussement des systèmes de laboratoire ont débuté en avril 2012 et les infrastructures du site de production et de relève sont en place. La mise en place de cette architecture technologique a permis aux établissements de se doter d'un environnement technologique de haut niveau qui répond aux besoins de sécurité et de haute disponibilité répondant aux prérogatives de dispensation de services d'aujourd'hui et de demain. Les principales étapes prévues ont toutes été réalisées (architecture détaillée, appel d'offres, acquisition, installation, configuration). Les objectifs d'optimisation et les gains financiers prévus ont été atteints.

Traumatologie
En 2012-2013, l'Agence a procédé à la signature de l'entente relative au transfert des blessés médullaires entre le centre d'expertise et le CSSS de Trois-Rivières. La signature de cette entente permet de garantir à la clientèle desservie, l'accessibilité, en temps opportun, à des soins et à des services de qualité, selon ses besoins, le plus près possible de son lieu de résidence. Le but est de lui permettre de réintégrer son milieu de vie le plus rapidement possible. À l'égard des partenaires, celle-ci permet d'assurer une utilisation efficace et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières du réseau de traumatologie et éviter tout découragement et toute interruption dans la continuité des services. Elle permet également de maintenir une collaboration soutenue entre les partenaires en harmonisant la complémentarité de leurs approches respectives.

Commentaires (suite)	
Service Info-Santé 811 Les engagements inclus dans l'entente de gestion et d'imputabilité ont partiellement été atteints, étant donné un contexte difficile de recrutement de la main d'œuvre qualifiée. Cependant, il est possible de constater qu'aucune main-d'œuvre indépendante n'a été utilisée au cours de l'année. Par contre, pour contrer les difficultés de recrutement, l'utilisation du temps supplémentaire a été nécessaire dans certains cas, notamment en période d'éclosion de grippe. Cette situation demeure préoccupante pour l'ensemble des services Info-Santé de la province, puisqu'ils sont intimement liés depuis la virtualisation des appels dans les autres régions. Le service régional Info-Santé/Info-Social (SRISS) tente, par plusieurs moyens, de favoriser le recrutement de la main-d'œuvre, dont l'amélioration d'aménagement de temps de travail. Des actions sont conduites par les gestionnaires des centrales Info-Santé de l'ensemble de la province, chapeautées par le Ministère, afin d'améliorer cette problématique provinciale. **Prise en charge infarctus du myocarde avec élévation du Segment ST** L'algorithme pour le traitement de l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST est diffusé à tous les établissements concernés. On constate cependant des écarts dans l'application. De plus, les délais suivis par le comité régional de cardiologie sont encore à améliorer. Des travaux sont en cours pour améliorer ces délais de prise en charge. Chaque établissement a analysé leur trajectoire pour tenter de remédier aux écarts. D'autre part, des discussions sont en cours afin d'obtenir la saisie de données d'un centre tertiaire dans la base de données IM-Québec.	
Noms : Parmélie Demers (services spécialisés, chirurgie, imagerie, 811) Chantal Lehoux (AVC, infarctus du myocarde) Josée Massicotte (douleur chronique) Daniel Lanvée (système de laboratoire) Jean-François Lupien (traumatologie)	Date : 3 mai 2013 8 mai 2013 8 mai 2013 10 mai 2013 7 mai 2013

AXE D'INTERVENTION	PRÉVENTION DANS LES CONTINUUMS DE SERVICES
Objectifs de résultats	1.1.1. Assurer la mise en œuvre des activités de promotion, de prévention et de protection prévues dans le Programme national de santé publique (PNSP)
	1.1.2. Soutenir l'intégration de la prévention dans les services cliniques de 1re ligne, en donnant la priorité aux problèmes suivants : – infections transmissibles sexuellement et par le sang – habitudes de vie et maladies chroniques – chutes chez les personnes âgées – suicide

Indicateurs	Résultats[1] 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats[2] 2012-2013
1.01.20 Pourcentage des activités du PNSP implantées	78,4 %	76 %	82,6 %
1.01.21 Pourcentage des pratiques cliniques préventives prioritaires ayant fait l'objet d'activités de soutien	Aucune mesure en 2011-2012	Maintenir à 83 %	91,7 %

[1] *Résultats en date du 5 mai 2012*
[2] *Résultats en date du 30 mai 2013*

Indicateurs	Engagements 2012-2013	Résultats[1] 2012-2013
Actions favorisant l'atteinte de la cible provinciale sur le soutien à l'intégration des pratiques cliniques préventives		
Augmenter le nombre d'usagers différents ayant reçu des services en lien avec l'alcool (Alcochoix+) et qui ont été référés par les cliniques privées, les GMF ou les pharmacies par rapport à l'année de référence 2011-2012	100 % des CSSS	2/8 CSSS
Augmenter le nombre d'usagers différents ayant reçu des services en lien avec le tabac (CAT) et qui ont été référés par les cliniques privées, les GMF ou les pharmacies par rapport à l'année de référence 2011-2012	100 % des CSSS	3/8 CSSS
Démarrage du programme Intervention multifactorielle personnalisée (I.M.P.)	100 % des CSSS	100 % des CSSS
CSSS ayant dépisté 20 % des jeunes pour la chlamydia	100 % des CSSS	Données non disponibles
Augmentation de la proportion de tests positifs (chlamydia et gonorrhée) par rapport à l'ensemble des tests réalisés	Augmentation	Diminution

Commentaires

Programme national de santé publique (PNSP)
En mai 2013, le pourcentage d'implantation est à 82,6 %. Il a légèrement augmenté par rapport à l'année dernière malgré l'ajout d'activités à implanter par le MSSS.

Alcochoix+ et CAT
Puisque l'Agence et les CSSS reconnaissent la limite des données I-CLSC pour documenter l'atteinte des deux objectifs qui concernent l'augmentation du nombre d'usagers différents ayant reçu des services en lien avec l'alcool (Alcochoix+) et le tabac (CAT), et qui ont été référés par les cliniques privées, les GMF ou les pharmacies, un outil informatisé qui documente les interventions en lien avec la pratique clinique préventive au niveau du tabac et de la consommation d'alcool est en implantation. Il permettra de mieux refléter la mise en œuvre des actions auprès des milieux cliniques ciblés.

Dépistage des jeunes pour la chlamydia et augmentation des tests positifs (chlamydia et gonorrhée)
Des travaux sont en cours pour l'extraction, l'organisation et la validation des résultats. Ces derniers seront disponibles en juin 2013.

Dans la poursuite des travaux amorcés avec la tournée des établissements réalisée l'année dernière, un atelier thématique régional a eu lieu en novembre 2012 pour soutenir les efforts des CSSS en vue d'améliorer le dépistage des ITSS.

Noms : Andrée Côté (ITSS) Chantal Pinard, Julie Michaud et Lucie Delisle	Date : 3 mai 2013 27 mai 2013

[1] *Résultats en date du 30 mai 2013*

AXE D'INTERVENTION	SERVICES MÉDICAUX ET INFIRMIERS
Objectifs de résultats	2.1.2. Favoriser la pratique de groupe, polyvalente et interdisciplinaire de la médecine de famille par la mise en place de groupes de médecine de famille (GMF) [ou modèles équivalents]
	2.1.3. Accroître la disponibilité d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de 1re ligne

Indicateurs	Résultats[1] 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats[2] 2012-2013
1.09.25 Nombre total de groupes de médecine de famille (GMF) implantés	2 nouveaux GMF sont en démarche d'implantation	1 nouveau GMF et une clinique réseau en démarche d'implantation	1 nouveau GMF a été accrédité et un projet est en cours 1 projet de clinique réseau est en cours
3.07 Nombre d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de 1re ligne titularisées et offrant des services de 1re ligne	11	Selon la cible ministérielle pour la région : 12	15 IPS 5 candidates IPS

Commentaires

Groupes de médecine de famille (GMF)
Un nouveau GMF a été accrédité en mai 2012 (GMF Vallée-de-la-Batiscan), ce qui porte à 22 le nombre de GMF en Mauricie et au Centre-du-Québec. Un projet GMF a été converti en site satellite d'un GMF déjà existant (GMF St-Nicéphore/ Clinique de la Marconi) dû au nombre insuffisant d'inscriptions. Un projet pour la création d'un 23e GMF est en cours à Trois-Rivières (Polyclinique du Cap).

Aucune clinique réseau n'a fait l'objet d'une démarche d'implantation en 2012-2013. Par contre, un projet déposé au MSSS est présentement en cours sur le territoire du CSSS de l'Énergie. Deux enjeux majeurs sont en lien avec la création de cette clinique réseau, soit l'obtention de l'engagement des médecins du territoire à participer au projet, ainsi que la consolidation de l'offre de services des GMF et des autres cliniques médicales du territoire.

Un autre projet de clinique réseau est également à l'étude sur le territoire de Trois-Rivières.

Infirmières praticiennes spécialisées en soins de 1re ligne (IPS-SPL)
L'Agence a su assurer son rôle de leadership mobilisateur en supportant les comités locaux d'implantation de la pratique IPS-SPL et les directrices de soins infirmiers des CSSS, tant dans le recrutement de médecins partenaires, dans l'identification et la préparation des milieux de stage et de pratique, dans la priorisation régionale auprès du DRMG, que dans le support pour l'élaboration des ententes de partenariat.

De plus, l'Agence a régulièrement interpellé le Ministère, le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec, ainsi que la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec afin de régler certaines questions relatives à l'encadrement clinique et légal de la pratique clinique des IPS-SPL.

Enfin, l'Agence participe activement à la liaison entre les milieux de stage et l'UQTR.

Noms : Kim Skorupski (GMF) Patrick Hubert (IPS-SPL)	Date : 23 avril 2013

[1] Résultats en date du 31 mars 2012
[2] Résultats en date du 31 mars 2013

AXE D'INTERVENTION	SERVICES PSYCHOSOCIAUX
Objectifs de résultats	2.1.4. Offrir un accès téléphonique rapide à une consultation en matière de services psychosociaux (information, intervention, référence-orientation, avis professionnels et conseils) par des professionnels en intervention psychosociale des CSSS, 24 heures par jour, 7 jours par semaine

Indicateurs	Résultats[1] 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats[2] 2012-2013
1.02.05 Pourcentage des régions sociosanitaires ayant mis en place un service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux			
1.02.04 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de 4 minutes ou moins	92,9 %	90 %	92,9 %

Commentaires	
Il a été décidé régionalement de mettre en place une bascule téléphonique pour le volet Info-Social vers le volet Info-Santé lors d'achalandage plus important. Ce modèle permet ainsi une réponse par une infirmière lorsque tous les intervenants psychosociaux sont déjà en ligne. Ce mode de fonctionnement est toujours existant aujourd'hui, ce qui nous permet d'assurer une réponse en moins de quatre minutes.	
Nom : Véronique Arès	Date : 29 avril 2013

[1] *Résultats projetés en date du 6 mai 2012 provenant de T-Big-Web*
Résultats en date du 13 mai 2013 provenant de T-Big-Web

AXE D'INTERVENTION	PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES CHRONIQUES OU DE CANCER
Objectifs de résultats	2.2.1. Favoriser l'autogestion et la réadaptation des personnes atteintes de maladies chroniques dans un continuum de soins
	2.2.2. Améliorer la coordination des soins et des services en oncologie pour les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer et pour leurs proches

Indicateurs	Résultats 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats[1] 2012-2013
1.09.39 Pourcentage de territoires locaux où est implanté un programme d'autogestion et de réadaptation	Non suivi en 2011-2012	Tous les CSSS offrent le programme d'éducation à la santé *Ma santé à vie* aux patients et à leurs proches selon une approche multidisciplinaire. La spirométrie de dépistage est disponible et accessible dans tous les CSSS de la région.	Réalisé

[1] *Résultats en date du 31 mars 2013*

Indicateurs	Résultats 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats[1] 2012-2013
1.09.40 Pourcentage des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer disposant d'une infirmière pivot dans un délai de 48 heures	Non suivi en 2011-2012	Les 5 établissements au sein desquels œuvrent les équipes interdisciplinaires en oncologie alimentent un registre du cancer. Les délais d'accès à l'IPO et aux traitements (radio-oncologie, chirurgie oncologique, chimio-thérapie ou traitements systémiques) sont disponibles.	Réalisé : registre du cancer, IPO, radio-oncologie et chirurgie oncologique Non réalisé : chimiothérapie

Commentaires

Programme d'autogestion et de réadaptation (maladies chroniques)
Tous les CSSS offrent le programme d'éducation à la santé *Ma santé à vie* aux patients et à leurs proches selon une approche multidisciplinaire. Au 31 mars 2013, des ententes de services dans le but de maintenir des saines habitudes de vie sont conclues avec des organismes de la communauté.

L'autogestion est intégrée dans l'approche éducative des services en maladies chroniques de tous les CSSS et les outils d'enseignement ont été harmonisés en fonction de cet objectif.

L'accès à la réadaptation physique est disponible au CSSS Drummond pour les clientèles ayant une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ou une insuffisance cardiaque de même qu'au CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable pour insuffisance cardiaque seulement. Deux autres CSSS ont établi des corridors de services avec l'Association des cardiaques de la Mauricie pour ce volet. Il y a donc 50 % des CSSS qui ont atteint cette cible et des travaux sont en cours pour améliorer l'accès à la kinésiologie et au soutien psychosocial.

Registre québécois du cancer (RQC)
Les cinq établissements ayant des équipes en oncologie alimentent un registre du cancer et les données sont disponibles dans GESTRED. Un déploiement progressif du type de données saisies est en cours selon les exigences du Ministère et un centre de saisie régional a été mis en place au CSSS de Trois-Rivières.

Infirmière pivot (IPO)
Les établissements alimentent les données de prise en charge par les IPO via le système RIGIC. Pour l'année 2012-2013, 61,7 % des usagers ont été pris en charge par une IPO dans les 48 heures suivant la référence. La cible ministérielle est de 70 %. Afin de mieux supporter le travail des IPO, un outil de priorisation de la clientèle est en cours d'analyse régionalement.

Délais d'accès aux traitements en cancérologie
Les délais d'attente pour la radio-oncologie et la chirurgie rencontrent les cibles (voir fiche « Médecine et chirurgie » à la page 150). Pour ce qui est de la disponibilité de l'information sur les délais d'attente en chimiothérapie, des travaux nationaux et régionaux sont en cours et se font en collaboration avec la Direction québécoise de cancérologie (DQC).

Noms : Josée Massicotte (*Ma santé à vie* et maladies chroniques) Caroline Charest (infirmière pivot, RQC, cancérologie)	Date : 8 mai 2013 30 avril 2013

[1] *Résultats en date du 31 mars 2013*

AXE D'INTERVENTION	JEUNES EN DIFFICULTÉ, PERSONNES ATTEINTES DE PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET PERSONNES AUX PRISES AVEC UNE DÉPENDANCE
Objectifs de résultats	2.2.3. Intervenir de façon concertée afin de réduire les difficultés vécues par les jeunes et les familles, dont les problèmes de négligence et les troubles de comportement, selon les orientations relatives aux jeunes en difficulté
	2.2.5 Assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de 1re ligne par une équipe multidisciplinaire
	2.2.6. Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les adultes ayant des troubles mentaux graves
	2.2.7. Faciliter l'accès aux personnes à risque d'abus ou de dépendance à des services de 1re ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique

Indicateurs	Résultats 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats[1] 2012-2013
1.06.11 Pourcentage de territoires locaux où est offert un programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu reconnu efficace	Non suivi en 2011-2012	Tous les CSSS et le Centre jeunesse assurent le suivi et ajustent les protocoles au besoin, et ce, sur le retrait et le placement, sur l'intervention en troubles de comportement chez les 5-18 ans et la gestion de la crise, et sur la négligence.	5/8 territoires de CSSS
1.08.09 Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne en CSSS (mission CLSC)	Non suivi en 2011-2012	Chaque CSSS a accès au soutien continu d'un psychiatre répondant dédié à son équipe de 1re ligne en santé mentale.	2/8 CSSS
	Jeunes : 1 233 Adultes : 3 115[2]	4 331	Jeunes : 1 396 Adultes : 3 461 Total : 4 905[3]
1.08.06 Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	264	263	245
1.08.05 Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	504	509	495
1.07.05 Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de 1re ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	Non suivi en 2011-2012	467	420

[1] Résultats en date du 13 mai 2013 provenant de T-Big-Web
[2] En 2011-2012, le facteur de correction de 48 usagers a été appliqué aux usagers adultes alors qu'il aurait dû être appliqué au total des usagers (jeunes et adultes). Ainsi, sans ce facteur, 3 067 adultes ont reçu un service; incluant le facteur de correction, 4 348 usagers jeunes et adultes ont été rejoints au total.
[3] Ce résultat inclut le facteur de correction de 48 usagers.

Commentaires

Programme d'intervention de crise et de suivi intensif
Il y a cinq CSSS sur huit qui assurent, en collaboration avec le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec, le suivi des protocoles d'arrimage sur le retrait et le placement, sur l'intervention en troubles de comportement chez les 5-18 ans et la gestion de la crise. De plus, les commissions scolaires sont des partenaires de premier plan pour l'implantation de ces protocoles, bien que le découpage territorial en Mauricie complexifie les démarches. En effet, les commissions scolaires comptent trois et quatre CSSS sur leur territoire respectif. Les protocoles d'arrimage seront donc déployés par phase et à géométrie variable d'un territoire à l'autre.

Toutefois, l'Agence a lancé en décembre 2012 les orientations régionales en négligence et troubles du comportement afin d'harmoniser l'offre de services Jeunes en difficulté dans la région. Un seuil minimal de services à dispenser sur chacun des territoires a été déterminé et des zones formelles de collaboration entre les établissements de 1re et 2e ligne ont été convenues. Des actions concernant la gestion de la crise ont été identifiées et seront implantées dans la prochaine année.

Psychiatre répondant
Deux territoires sur huit ont mis en place cette mesure de soutien aux équipes de 1re ligne en CSSS et aux omnipraticiens de leur réseau local de services. La pénurie de psychiatres dans la région constitue un enjeu important pour le développement de cette mesure.

Services d'évaluation et de traitement de 1re ligne
Au niveau des jeunes, on constate une nette amélioration car la région a rejoint 1 396 jeunes en 2012-2013, alors que 1 233 jeunes avaient reçu des services de santé mentale 1re ligne en 2011-2012.

Au niveau des adultes, on peut constater une augmentation de 12,8 % du nombre de personnes différentes rejointes par l'équipe santé mentale de 1re ligne, passant de 3 067 à 3 461. La consolidation des équipes par l'ajout de 13 ETC devrait permettre de rejoindre davantage de personnes en 2013-2014. Les mesures priorisées dans le cadre de référence des services de 1re ligne devraient, à moyen terme, favoriser l'accessibilité aux services de 1re ligne.

Services de suivi intensif dans le milieu (SIM)
En 2012-2013, en moyenne 245 personnes par période de quatre semaines ont été rejointes, alors que l'engagement régional était de 263.

Un des objectifs du cadre de référence régional des services de 1re ligne en santé mentale et de la hiérarchisation des services est d'analyser les facteurs contribuant à la diminution du nombre de personnes rejointes par ce secteur d'activités. De plus, pour l'année 2013-2014 le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) poursuivra l'accompagnement des équipes de suivi intensif (SI) en Mauricie et au Centre-du-Québec.

Afin d'améliorer l'accès aux services du suivi intensif, les gestionnaires travaillent actuellement à la réorganisation des équipes, aux objectifs ainsi qu'à leur mode de fonctionnement.

Soutien d'intensité variable (SIV)
En 2012-2013, en moyenne 495 personnes par période administrative de quatre semaines ont été rejointes, alors que l'engagement 2012-2013 s'élevait à 509.

Quelques CSSS nous font état des difficultés à recruter le personnel nécessaire pour assurer le SIV. De plus, actuellement, plusieurs équipes SIV sont à revoir leurs stratégies pour rejoindre dans leur communauté la clientèle la plus vulnérable par la mise en place de techniques de *Reaching out*, ce qui demande un certain temps. D'autre part, nous avons aussi mis en place un suivi étroit et constant des équipes via le CNESM. Ce dernier poursuit le soutien des équipes SIV depuis maintenant deux ans et le poursuivra encore en 2013-2014 pour outiller le personnel et s'assurer que la clientèle nécessitant des services de SIV soit rejointe, peu importe où elle se retrouve.

Commentaires (suite)	
Services de 1re ligne en toxicomanie et en jeu pathologique L'ensemble des CSSS disposent d'au moins un intervenant dédié en dépendances. Toutefois, deux établissements ont dû, au cours de la dernière année, procéder au remplacement de leur intervenant et ont éprouvé des difficultés au niveau du recrutement. Cette situation a entraîné une diminution du nombre de personnes ayant reçu des services en 1re ligne.	
Nom : Julie Desaulniers (programme d'intervention de crise et de suivi intensif) Veronique Arès et Guy Godin (psychiatrie, santé mentale 1re ligne, SIM, SIV) Mélanie Houle (toxicomanie et jeu pathologique)	Date : 3 mai 2013

AXE D'INTERVENTION	PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE ET LEUR FAMILLE
Objectifs de résultats	2.2.8. Assurer la coordination des services dispensés par plusieurs établissements aux personnes ayant une déficience et à leur famille

Indicateurs	Résultats 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats* 2012-2013
1.55 Nombre de personnes ayant une déficience pour qui, dans l'année de référence, un plan de services individualisés (PSI) : - a été élaboré par un CR - a impliqué le CSSS	Non suivi en 2011-2012	Le nombre de PSI réalisés pour les personnes ayant une déficience est supérieur au nombre de PSI tel que documenté en 2011-2012	Aucune donnée disponible en 2012-2013

Commentaires	
Étant donné que l'élaboration de plan de services individualisés (PSI) auprès de la clientèle visée par le plan d'accès représente une priorité ministérielle et régionale, un groupe de travail régional composé de la gestionnaire d'accès régionale et de trois gestionnaires d'accès locaux, soit du CRDP InterVal, du CRDITED MCQ–IU et du CSSS de l'Énergie a été mis sur pied. Ils ont débuté des travaux d'harmonisation des pratiques entourant les PSI au sein des établissements de 1re et 2e ligne œuvrant auprès des clientèles ayant une déficience. Deux rencontres ont eu lieu depuis la fin du mois de février et les travaux se poursuivent en 2013-2014. Les objectifs du comité de travail sont de : • S'assurer d'une compréhension commune de la définition du PSI • Identifier les besoins et enjeux entourant les PSI en CR et en CSSS – Différences dans l'application des PSI entre les programmes-services (DP/SAPA, DI-TED/Jeunesse) – Difficulté relative à la codification des PSI dans I-CLSC – Identification de l'intervenant responsable du PSI • Préciser les modalités d'application et de monitorage des PSI dans les CSSS et les CR • Déterminer les moyens à mettre en place pour faciliter l'appropriation des PSI par les intervenants en DP et DI-TED • Clarifier le rôle de l'intervenant pivot réseau Les travaux provinciaux et régionaux se poursuivent pour accéder à des données fiables et valides.	
Nom : Kim Lizotte	Date : 7 mai 2013

Résultats en date du 31 mars 2013

AXE D'INTERVENTION	RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS
Objectifs de résultats	2.3.1. Poursuivre la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA) dans chaque territoire local, en favorisant leur implantation telle que définie dans les lignes directrices du MSSS.

Indicateurs	Résultats 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats[1] 2012-2013
1.03.06 Degré moyen d'implantation des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA) dans les réseaux locaux de services	Non suivi en 2011-2012	Tous les gestionnaires de cas (ou intervenants qui actualisent l'approche en gestion de cas) sont formés sur les connaissances de base selon diverses modalités pédagogiques.	Atteint pour 7 CSSS et en cours pour 1 CSSS
	62,5 %[2]	55 % d'implantation dans chacun des CSSS en renforçant : les mécanismes de coordination, la gestion de cas et le guichet d'accès	71,1 %

Commentaires

Formation des gestionnaires de cas

Sept CSSS ont formé tous les intervenants qui assurent des fonctions en gestion de cas et pour un CSSS, la formation est planifiée au cours du mois de juin 2013.

Pourcentage d'implantation dans les CSSS

Au 31 mars 2013, le degré moyen d'implantation du RSIPA au niveau régional est de 71,1 % comparativement à 62,5 % en 2012 et à 58 % en 2011. Au niveau national, le degré d'implantation était de 55,5 % en 2011 et 62,1 % en 2012. La cible visée pour 2015, dans le plan régional sur le vieillissement tout comme au niveau national, est établie à 70 %.

Les composantes suivantes ont atteint plus de 70 % au niveau régional : personne responsable, équipe de gériatrie, mécanisme d'accès, gestion de cas et système d'évaluation des besoins.

En 2012-2013, quatre CSSS ont atteint la cible globale de 70 % et quatre CSSS sont au-dessus de 62 %.

L'Agence a coordonné des travaux qui ont permis de préciser certains éléments de la pratique clinique en gestion de cas en complément au programme de formation, ainsi que des travaux d'analyse qui ont permis de soutenir le déploiement de la version 1.4.0 de la solution informatique RSIPA.

Nom : Suzie Leblanc	Date : 29 mai 2013

[1] *Résultats en date du 29 mai 2013.*
[2] *L'information a été présentée à la section « Commentaires » en 2011-2012.*

AXE D'INTERVENTION	ADAPTATION DES SERVICES
Objectifs de résultats	2.3.2. Favoriser l'adoption en centre hospitalier de pratiques organisationnelles et cliniques adaptées aux besoins particuliers des personnes âgées

Indicateurs	Résultats 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats[1] 2012-2013
1.03.07 Pourcentage des centres hospitaliers ayant mis en place la majorité des composantes de l'approche gériatrique	Non suivi en 2011-2012	70 % (5 établissements sur 7) des 7 CSSS avec urgence 24/7 auront finalisé le programme de marche à l'urgence ou dans les unités de soins.	Réalisé
		Soutenir l'actualisation des plans d'action élaborés par les CSSS à mission hospitalière.	Réalisé

Commentaires	
La mise en place de l'approche adaptée à la personne âgée chemine bien, mais n'est pas encore complétée dans tous les établissements concernés. Concernant le dernier préalable à implanter relativement à l'approche adaptée, cinq CSSS ont actuellement intégré un programme de marche à l'urgence ou dans certaines unités d'hospitalisation tandis que les deux autres l'implanteront au cours de la prochaine année. On peut affirmer que tous les CSSS ont intégré certaines mesures à l'urgence afin de prévenir le déclin fonctionnel de la personne âgée, et ce, dès son arrivée. Outre le programme de marche, il y a la position assise pour manger, le lever pour aller à la toilette et des fauteuils à côté de la civière à la disposition du patient.	
Nom : Jean-François Lupien	Date : 7 mai 2013

[1]Résultats en date du 31 mars 2013

AXE D'INTERVENTION	SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE
Objectifs de résultats	2.4.2. Assurer une offre globale de services de soutien à domicile de longue durée pour s'adapter à l'augmentation des besoins de l'ensemble des clientèles, y compris les familles et les proches aidants

Indicateurs	Résultats[1] 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats[2] 2012-2013
1.03.05 Nombre total d'heures de services de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC)	661 336 heures	703 534 heures	793 498 heures

[1]Résultats en date du 6 mai 2012 provenant de T-Big-Web
[2]Résultats en date du 7 mai 2013 provenant de T-Big-Web

Commentaires
Le résultat des heures de services de soutien à domicile longue durée 2012-2013 est de 793 498 heures pour les trois programmes SAPA, DP, DI-TED. L'engagement de 703 534 heures est donc dépassé. Ce dernier comprend 14 900 heures de crédit d'optimisation (programmes SAPA, DP, DI-TED) ainsi que 75 517 heures de crédits de développement pour la clientèle SAPA. Depuis 2009-2010, le nombre total d'heures de services de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services a augmenté de 33,1 % pour les programmes SAPA, DP, DI-TED confondus et de 88,8 % pour la clientèle SAPA. On observe une intensification des services en ce qui a trait à l'aide à domicile, dont une augmentation des heures achetées en activité de la vie quotidienne (ex. : se laver, s'habiller, se nourrir) dans le cadre de partenariat avec les résidences privées pour aînées (RPA) et les entreprises d'économie sociale. On voit également une augmentation de 34,1 % des heures services en aide à domicile fournies par les employés des CSSS pour les programmes SAPA, DP, DI-TED, ainsi que le maintien des heures en chèque emploi services. Enfin, concernant les heures en services professionnels, nous constatons une augmentation de 45,6 % depuis 2009-2010 et de 17,9 % par rapport à l'an passé. Des travaux régionaux sont en cours afin d'améliorer le suivi des listes d'attente au services de soutien à domicile. L'attente concerne plus spécifiquement les services de réadaptation (physiothérapie, ergothérapie), les services psychosociaux, ainsi que ceux en nutrition. La majorité des usagers SAPA, soit plus de 80 %, ont eu accès à des services dans un délai de moins de 30 jours au cours des quatre dernières années. De plus, on estime à 288 000 heures les services de répit offerts sur une base hebdomadaire à 1 136 proches aidants de personnes âgées qui requièrent une présence surveillance.
Nom : Suzie Leblanc — Date : 7 mai 2013

AXE D'INTERVENTION	DIVERSIFICATION DES MILIEUX DE VIE
Objectifs de résultats	2.4.3. Augmenter et diversifier l'offre de milieux de vie accessibles aux personnes ayant des incapacités significatives et persistantes (personnes âgées en perte d'autonomie, personnes atteintes de déficience, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et autres)

Indicateurs	Résultats[1] 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats[2] 2012-2013
1.03.08 Nombre de places en ressources résidentielles de proximité	Augmentation de 44 places	Augmentation de 345 places en ressources résidentielles de proximité disponibles ou en déploiement	158 places en ressources résidentielles de proximité

[1] *Résultats en date du 31 mars 2012*
[2] *Résultats en date du 13 mai 2013*

Commentaires
Places en ressources résidentielles de proximité Au terme de l'exercice 2012-2013, 158 places ont été créées en ressources résidentielles de proximité. Des ententes ont été signées pour l'ouverture prochaine de 39 nouvelles places. S'ajouteront à celles-ci des places temporaires (2 CSSS) en attente que les processus d'appel d'offres soient terminés. L'écart entre l'engagement et les résultats actuels est principalement lié aux modifications du cadre de financement des ressources intermédiaires et des résidences d'accueil. Compte tenu de ces nouvelles règles en relation avec les crédits disponibles, des travaux sont conduits par l'Agence en collaboration avec chaque CSSS afin d'actualiser les plans locaux de services intégrés qui seront soumis au MSSS. **Places occupées en CHSLD par des personnes de moins de 65 ans** Par la mise en œuvre du plan de services intégrés, une diminution de 10 % des places occupées en CHSLD par des personnes de moins de 65 ans était attendue. Selon les données au 31 mars 2013, 177 personnes de moins de 65 ans sont hébergées en CHSLD dans notre région, soit une augmentation de trois personnes comparativement au 31 mars 2012. Il s'agit d'une hausse de 1,7 %. Dans la mise en œuvre des plans locaux de services intégrés, plusieurs places qui restent à ouvrir permettront d'accueillir des personnes présentant une déficience physique (65 places) et des personnes présentant des problèmes multiples (38). Ces places ciblent principalement une clientèle plus jeune, ce qui nous permettra sans doute d'atteindre la cible fixée. En attendant l'ouverture de ces ressources, plusieurs CSSS ont amorcé la planification de relocalisation des personnes de moins de 65 ans hébergées en CHSLD.
Nom : Lucie Fournier — Date : 8 mai 2013

AXE D'INTERVENTION	SERVICES SOCIAUX ET DE RÉADAPTATION
Objectifs de résultats	3.1.1. Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis : – pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours – pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en CR – pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 1 an
	3.1.2. Assurer aux personnes ayant une dépendance un accès aux services d'évaluation spécialisée dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins

Indicateurs	Résultats 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats* 2012-2013
1.45.45.02 Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du plan d'accès TOUTES DÉFICIENCES TOUS ÂGES PRIORITÉ URGENTE	Non suivi en 2011-2012	S'assurer de la qualité des données sur le suivi du taux de respect des délais tels qu'observés sur le terrain	73,9 %

Résultats en date du 13 mai 2013 provenant de T-Big-Web

Indicateurs		Résultats 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats* 2012-2013
1.45.45.03	Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du plan d'accès TOUTES DÉFICIENCES TOUS ÂGES PRIORITÉ ÉLEVÉE	Non suivi en 2011-2012	S'assurer de la qualité des données sur le suivi du taux de respect des délais tels qu'observés sur le terrain	90,6 %
1.45.45.04	Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du plan d'accès TOUTES DÉFICIENCES TOUS ÂGES PRIORITÉ MODÉRÉE	Non suivi en 2011-2012	S'assurer de la qualité des données sur le suivi du taux de respect des délais tels qu'observés sur le terrain	93,6 %
1.07.04	Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	Non suivi en 2011-2012	Maintenir à 88 % des personnes évaluées par le centre de réadaptation en dépendance à l'intérieur d'un délai de 15 jours ouvrables ou moins	80,6 %

Commentaires

Taux des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du plan d'accès
La cible régionale des demandes traitées dans les délais associés aux différents niveaux de priorité est de 90 %. La cible est atteinte pour les niveaux de priorité élevée et modérée, mais n'est pas atteinte pour le niveau urgent.

À ce sujet, nous observons que pour les dix établissements contributifs au plan d'accès dans notre région, un total de 23 demandes de niveau de priorité urgente ont été reçues et traitées en 2012-2013. Parmi les établissements qui ont traité ces demandes, tous ont respecté les délais d'accès, sauf un établissement. Ainsi, la non-atteinte de la cible régionale n'est pas une tendance générale et s'explique par le résultat d'un seul établissement. Après vérification faite auprès de cet établissement, il apparaît que toutes les situations urgentes ont été répondues dans les délais à l'exception d'une seule (délai dépassé d'un jour). Cet établissement effectue actuellement des travaux pour identifier la ou les sources d'erreur dans l'inscription de ces données afin de les corriger.

Personnes évaluées en dépendance en centre de réadaptation
Bien que l'engagement était de maintenir à 88 % l'évaluation des personnes à l'intérieur d'un délai de 15 jours ouvrables ou moins, le résultat est supérieur à la cible ministérielle en 2012-2013 et à celle en 2014-2015. L'établissement a fait le choix d'accroître la rapidité d'accès à l'accueil en personne des usagers qui formulent une demande de services. Ainsi, ils ont resserré les normes d'accès à une première rencontre, ce qui a possiblement eu un impact sur le délai d'accès à l'évaluation.

Noms : Denis Brunette et Kim Lizotte (plan d'accès) Mélanie Houle (dépendance)	Date : 7 mai 2013

Résultats en date du 13 mai 2013 provenant de T-Big-Web

AXE D'INTERVENTION	MÉDECINE ET CHIRURGIE
Objectifs de résultats	3.1.3. Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans un délai de 6 mois
	3.1.4. Assurer aux personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire les services dans les délais établis
	3.1.5. Assurer aux personnes atteintes de cancer les services à l'intérieur d'un délai de 28 jours

Indicateurs[1]		Résultats 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats[2] 2012-2013
1.09.20.01	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	Non suivi en 2011-2012	90 % des personnes inscrites au mécanisme central sont traitées à l'intérieur d'un délai de 6 mois	96,9 %
1.09.20.02	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	Non suivi en 2011-2012		92,6 %
1.09.20.03	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	Non suivi en 2011-2012		94,0 %
1.09.20.04	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour	Non suivi en 2011-2012		93,0 %
1.09.20.05	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	Non suivi en 2011-2012		97,7 %
1.09.07	Proportion de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	Non suivi en 2011-2012	90 % des personnes sont traitées en radio-oncologie à l'intérieur d'un délai de 28 jours	99,9 %
1.09.33	Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	Non suivi en 2011-2012	70 % des personnes sont traitées en chirurgie oncologique à l'intérieur d'un délai de 28 jours	79,2 %

Commentaires

Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais
Les engagements régionaux sont respectés pour le pourcentage des patients traités dans un délai de six mois, et ce, pour l'ensemble des chirurgies. De façon plus spécifique, un seul établissement de la région a connu des difficultés plus importantes pour l'atteinte des cibles fixées, notamment pour les arthroplasties du genou et les chirurgies de la cataracte. Afin d'augmenter la capacité au bloc opératoire, un plan d'action découlant du rapport d'évaluation de processus émis par l'équipe d'accès du Ministère sera implanté au cours de la prochaine année. Les résultats devraient ainsi s'améliorer en 2013-2014.

[1] *Les indicateurs 1.09.05A/B, 1.09.09A/B et 1.09.10A/B ne s'appliquent pas.*
[2] *Résultats en date du 13 mai 2013 provenant de T-Big-Web*

Commentaires (suite)	
Oncologie En ce qui a trait aux traitements de radio-oncologie, la cible de 90 % des patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours est rencontrée avec un résultat régional de 99,9 %. Pour la chirurgie oncologique, la cible de 70 % des patients traités dans un délai inférieur ou égal à 28 jours est atteinte avec un résultat régional à 79,2 %. De plus, un suivi périodique est également effectué par l'Agence auprès des établissements ayant des cas excédant le délai de 56 jours. Les établissements sont à revoir leurs processus à l'interne afin de s'assurer de bien identifier les chirurgies oncologiques dans SIMASS lors de la saisie dans le système.	
Noms : Parmèle Demers Caroline Charest (oncologie)	Date : 3 mai 2013 30 avril 2013

AXE D'INTERVENTION	URGENCES
Objectifs de résultats	3.1.6. Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence* pour les personnes sur civière ** Plusieurs mesures du plan stratégique contribuent à l'atteinte de cet objectif.*

Indicateurs	Résultats[1] 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats[2] 2012-2013
1.09.31 Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	17,2 %	15 %	18,1 %
1.09.03 Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière	3,6 %	1 %	3,6 %
1.09.01 Séjour moyen sur civière (durée)	14,0 heures	12 heures	14,4 heures

Commentaires
Une gestion quotidienne des urgences régionales est effectuée. Si un établissement présente une difficulté, un contact est établi avec le gestionnaire de l'urgence afin de saisir l'enjeu et de convenir d'un plan immédiat pour remédier à cette situation. Le contact est également effectué avec les membres de l'équipe de la Direction nationale des urgences (DNU). Le cas échéant, ceux-ci proposent certaines pistes de solutions. De plus, des démarches *Lean* ont été réalisées dans deux CSSS alors que deux autres ont fait l'objet d'une réorganisation de l'urgence ou d'un projet d'optimisation en collaboration avec la Chaire interdisciplinaire de recherche et d'intervention dans les services de santé (IRSS). La moitié des établissements visés ont atteint l'engagement quant au pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière. Malgré l'augmentation de 6,7 % des patients couchés sur civière, la situation est demeurée stable à celle observée en 2011-2012 quant au pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière. La durée moyenne de séjour (DMS) régionale s'établit à 14,4 heures pour l'année 2012-2013. Les CSSS du Haut-Saint-Maurice et d'Arthabaska-et-de-l'Érable ont maintenu une DMS de 12 heures et moins. La DMS du CSSS de Trois-Rivières, site Sainte-Marie, se situe à 20,1 heures. À cet effet, un suivi conjoint DNU-Agence est fait auprès du CSSS. Une visite de la DNU s'est traduite par une dizaine de recommandations émises en mai 2012 qui ont conduit à l'élaboration de mesures concrètes par le CSSS. L'ajout de nombreuses places alternatives à l'hébergement de longue durée, développées dans la communauté, va permettre d'assurer une meilleure fluidité de la clientèle en fin de soins actifs. De façon concomitante, l'Agence travaille avec le CSSS et la table médicale territoriale de Trois-Rivières pour améliorer l'offre de services médicaux en 1re ligne.

[1] *Résultats en date du 2 mai 2012 provenant de T-Big-Web*
[2] *Résultats en date du 13 mai 2013 provenant de T-Big-Web*

Commentaires (suite)	
En effet, le taux de prise en charge médicale est de 66 % ce qui signifie que plus de 45 000 personnes du réseau local de services du CSSS de Trois-Rivières n'ont pas de médecin de famille; l'urgence demeurant la seule accès pour consulter un médecin. Tel que mentionné précédemment, l'augmentation régionale du nombre de patients sur civière par rapport à 2011-2012 est un des facteurs pouvant expliquer la non-atteinte régionale de la cible. Le nombre de patients de plus de 75 ans couchés sur civière est également en augmentation de 10 % comparativement à l'an dernier.	
Nom : Jean-François Lupien	Date : 7 mai 2013

AXE D'INTERVENTION	CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES
Objectifs de résultats	4.1.3 Maintenir les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale inférieurs ou égaux aux seuils établis

Indicateurs	Résultats 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats 2012-2013
1.01.19.1 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - diarrhées associées au Clostridium difficile	Non suivi en 2011-2012	80 % Tous les établissements dont les taux sont supérieurs aux seuils établis pour les infections nosocomiales à surveillance provinciale ont reçu des recommandations de l'Agence	80 %*
1.01.19.2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline	Non suivi en 2011-2012	80 % Tous les établissements dont les taux sont supérieurs aux seuils établis pour les infections nosocomiales à surveillance provinciale ont reçu des recommandations de l'Agence	Données non disponibles
1.01.19.3 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs	Non suivi en 2011-2012	80 % Tous les établissements dont les taux sont supérieurs aux seuils établis pour les infections nosocomiales à surveillance provinciale ont reçu des recommandations de l'Agence	Données non disponibles

** Résultat en date du 2 mai 2013*

Commentaires	
Quatre des cinq centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (80 %) ont des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux au seuil établi pour la diarrhée associée au Clostridium difficile (DACD). Le Centre hospitalier affilié universitaire régional du CSSS de Trois-Rivières fait l'objet d'un accompagnement suite à un dépassement des taux attendus en DACD.	
Nom : [illegible] Samson	Date : 2 mai 2013

AXE D'INTERVENTION	CRÉNEAUX D'EXPERTISE ET FORMATION
Objectifs de résultats	4.2.2. Assurer la formation et la disponibilité de milieux de stage adaptés et diversifiés, notamment pour les disciplines de base, dans les régions du Québec
	4.2.3. Favoriser le transfert des connaissances issues de la recherche destinées et adaptées au réseau de la santé et des services sociaux

Indicateurs	Résultats 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats[1] 2012-2013
5.01.01 Nombre de milieux de stage par discipline (santé)	Non suivi en 2011-2012	Tous les établissements, peu importe leur mission, ont accès à l'outil informatique de gestion des stages HSPnet, et ce, pour toutes les disciplines dont la formation est offerte en région.	Partiellement réalisé
[illegible]	Non suivi en 2011-2012	100 % des établissements qui réaliseront une démarche d'agrément reçoivent leur agrément (cote satisfaisante ou conforme) sur le volet stratégie d'innovation et de transfert de connaissances.	100 %

Résultats en date du 31 mars 2013

Commentaires
Accès à l'outil informatique de gestion des stages HSPnet Tous les établissements, indépendamment de leur mission, ont accès à l'outil informatique de gestion des stages HSPnet. Actuellement, il ne concerne que les disciplines en soins infirmiers. Le déploiement provincial aux autres disciplines s'[illegible] fait selon la disponibilité des ressources financières et de la maîtrise de l'outil. **Agrément sur le volet stratégie d'innovation et de transfert de connaissances** L'agrément des soins et des services par un organisme d'accréditation reconnu est une obligation légale pour les établissements. Cet agrément est valide pour une période maximale de quatre ans. En région, les centres de réadaptation reçoivent leur agrément du Conseil québécois d'agrément (CQA), alors que les CSSS reçoivent leur agrément dans le cadre d'un programme conjoint d'Agrément Canada (AC) et du CQA.

Commentaires (suite)	
Le volet portant sur les stratégies d'innovation et de transfert des connaissances est évalué uniquement dans le programme du CQA auxquels participent les centres de réadaptation. Il n'est donc pas possible d'apprécier l'atteinte de cet objectif pour les CSSS. En 2012-2013, il n'y a que le Centre de réadaptation en dépendance Domrémy-de-la Mauricie–Centre-du-Québec qui a renouvelé l'agrément de ses services. Ainsi, le résultat de 100 % est celui de cet établissement. Pour 2013-2014, sept établissements doivent renouveler leur agrément, dont trois centres de réadaptation pour lesquels il sera possible d'apprécier le résultat sur ce volet.	
Noms : Karine Trépanier Sandra Vachon	Date : 2 mai 2013 6 mai 2013

AXE D'INTERVENTION	DISPONIBILITÉ ET UTILISATION OPTIMALE DE LA MAIN-D'ŒUVRE DU RÉSEAU
Objectifs de résultats	5.1.3. Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre aux paliers local, régional et national de façon à identifier et à mettre en œuvre les stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles
	5.1.4. Assurer une utilisation optimale des compétences du personnel par la mobilisation des établissements à réaliser une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail
	5.1.5. Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activités
	5.1.6. Réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante dans les secteurs d'activités cliniques

Indicateurs		Résultats[1] 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats[2] 2012-2013
3.08	Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre	100 %	100 %	100 %
3.09	Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	100 %	Implanter dans les 9 établissements concernés en 2012, le projet d'optimisation du gestionnaire inscrit au programme court du LIRISS, et ce, en démarche concertée avec les partenaires internes.	Partiellement réalisé
3.05.01	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	5,45 %	4,75 %	5,44 %
3.05.02	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	3,56 %	2,96 %	3,51 %

[1] Résultats de la période 13 en date du 17 mai 2012 provenant de T-Big-Web
[2] Résultats de la période 13 en date du 17 mai 2013 provenant de T-Big-Web

Indicateurs	Résultats[1] 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats[2] 2012-2013
3.06.01 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières	0,44 %	0,80 %	0,37 %
3.06.02 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	0,44 %	0,30 %	0,19 %
3.06.03 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	0,27 %	0,12 %	0,09 %
3.06.04 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les inhalothérapeutes	Non suivi en 2011-2012	0,00 %	0,00 %

Commentaires

Démarche concertée de révision des processus
Une nouvelle cohorte, composée de 18 gestionnaires issus de six établissements, est en cours depuis janvier 2013 dans la région. Toutefois, des neuf établissements ayant annoncé leurs intentions l'an dernier, trois se sont retirés pour diverses raisons, dont l'éloignement géographique de l'établissement d'enseignement.

Temps supplémentaire et main-d'œuvre indépendante
L'utilisation du temps supplémentaire constitue une mesure de dernier recours. Ainsi, dans la majorité des cas, cette mesure est utilisée afin d'éviter des ruptures de services.

Bien que le résultat régional se situe au-delà de l'engagement, quatre établissements sur huit ont atteint leur cible spécifique pour le personnel infirmier et trois établissements sur huit pour le personnel de bureau.

Pour le recours à la main-d'œuvre indépendante (MOI), la consommation est peu significative et est en bas des engagements requis marquant une importante amélioration régionale.

Noms : Yves Beaubien (temps supplémentaire et MOI) Karine Trépanier (révision des processus)	Date : 2 mai 2013

[1] *Résultats de la période 13 en date du 17 mai 2012 provenant de T-Big-Web*
Résultats de la période 13 en date du 17 mai 2013 provenant de T-Big-Web

AXE D'INTERVENTION	RÉTENTION ET MIEUX-ÊTRE AU TRAVAIL
Objectifs de résultats	5.2.1 Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du Ministère en s'appuyant sur les programmes de type Entreprise en santé
	5.2.2 Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle à la profession et au milieu de travail

Indicateurs	Résultats[1] 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats[2] 2012-2013
3.14 Pourcentage d'établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	Aucun suivi en 2011-2012	100 % des établissements qui réaliseront une démarche d'agrément reçoivent leur agrément sur le volet de mobilisation des ressources humaines.	100 %[3]

[1] *Résultats en date du 19 avril 2012. Les résultats de l'indicateur 3.01 sont ceux de la période 12 en date du 17 mai 2012 provenant de T-Big-Web*
[2] *Résultats en date du 13 mai 2013 provenant de T-Big-Web*
[3] *Résultats en date du 31 mars 2013*

Indicateurs		Résultats[1] 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats[2] 2012-2013
3.13	Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	91,7 %	Tous les établissements ont choisi un organisme, sont inscrits et ont planifié un processus harmonisé avec la démarche d'agrément - volet ressources humaines.	En cours de réalisation
3.01	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,95 %	5,16 %	6,10 %
3.10	Pourcentage d'établissements ciblés ayant mis en œuvre leur Programme de soutien clinique - volet préceptorat	Aucun suivi en 2011-2012	Avoir élaboré et diffusé un cadre de référence en matière de soutien à la relève professionnelle	Partiellement réalisé

Commentaires

Agrément sur le volet de la mobilisation des ressources humaines
L'agrément des soins et des services par un organisme d'accréditation reconnu est une obligation légale pour les établissements. En région, les centres de réadaptation reçoivent leur agrément du Conseil québécois d'agrément (CQA) alors que les CSSS reçoivent leur agrément dans le cadre d'un programme conjoint d'Agrément Canada (AC) et du CQA. Cet agrément est valide pour une période maximale de quatre ans.

Le CQA est responsable de l'évaluation de la mobilisation des ressources humaines pour les deux démarches d'agrément. Ainsi, l'ensemble des établissements de la région sont évalués à partir des mêmes critères pour ce volet. Cependant, tous ne réalisent pas une démarche la même année.

Ainsi, pour 2012-2013, il n'y a que le Centre de réadaptation en dépendance Domrémy-de-la-Mauricie–Centre-du-Québec qui a renouvelé l'agrément de ses services. Le résultat de 100 % est donc celui de cet établissement qui a répondu de façon conforme au volet sur la mobilisation des ressources humaines.

L'an dernier, les cinq établissements ayant renouvelé leur agrément avaient tous obtenu le volet sur la mobilisation des ressources humaines. Pour 2013-2014, sept autres établissements doivent renouveler leur agrément en cours d'année (ces sept établissements avaient tous obtenu le volet sur la mobilisation des ressources humaines lors de leur dernier agrément.)

Programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail
Un établissement a choisi l'application Planetree et onze établissements ont adhéré à Entreprise en santé. Tous les établissements ont amorcé leur processus « Employeur de choix ».

Assurance salaire
Afin de réduire le niveau d'absentéisme pour cause de maladie, une communauté de pratiques a été créée en 2012-2013 avec la collaboration de l'AQESSS. L'objectif visé est de permettre à l'ensemble de l'équipe santé et sécurité au travail des établissements d'optimiser leur mode de fonctionnement et leurs pratiques de gestion du régime d'assurance salaire, et ce, afin de s'assurer de l'application originale des règles de gestion.

Programme de soutien clinique - volet préceptorat
Six des huit CSSS ont mis en œuvre leur programme de soutien clinique - volet préceptorat après avoir élaboré et diffusé un cadre de référence en matière de soutien à la relève professionnelle. Un septième CSSS, bien qu'il ait élaboré son cadre de référence, n'a pas démarré son programme de préceptorat. Un huitième CSSS n'a pas de démarche connue par l'Agence.

Noms : Yves Beaubien (climat de travail et assurance salaire) Sandra Vachon (agrément) Karine Trépanier (programme de soutien clinique)	Date : 2 mai 2013 6 mai 2013 2 mai 2013

[1] Résultats en date du 19 avril 2012. Les résultats de l'indicateur 3.01 sont ceux de la période 12 en date du 17 mai 2012 provenant de T-Big-Web
[2] Résultats en date du 13 mai 2013 provenant de T-Big-Web
Résultats en date du 31 mars 2013

PRIORITÉS MINISTÉRIELLES - LES SOINS DE 1re ET DE 2e LIGNES	
Objectifs de résultats	Respecter dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS), l'indicateur quotidien de trois personnes et moins dont les soins actifs sont terminés

Indicateurs		Résultats[1] 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats[2] 2012-2013
4.01.01	Nombre moyen de patients par CH en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits posthospitaliers et occupant des lits de courte durée	3,6	< 3	2,5
4.01.02	Nombre moyen de patients par CH en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée	1,0	< 3	0,7
4.01.03	Nombre moyen de patients par CH en attente de convalescence occupant des lits de courte durée	0,3	< 3	0,8
4.01.04	Nombre moyen de patients par CH en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée	3,5	< 3	3,4
4.01.05	Nombre moyen de patients par CH en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale	3,7	< 3	4,3
4.01.06	Nombre moyen de patients par CH en attente de ressources non institutionnelles occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale	0,7	< 3	0,6
4.01.07	Nombre moyen de patients par CH en attente d'hébergement de longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée	0,6	< 3	0,9
4.01.08	Taux de déclaration en hébergement à partir du CHSGS des 75 ans et plus	5,89 %	< 5 %	5,45 %

[1] Résultats de la période 13 en date du 17 mai 2012 provenant de T-Big-Web
[2] Résultats de la période 13 en date du 17 mai 2013 provenant de T-Big-Web

Commentaires

L'identification des usagers en attente de soins palliatifs dans les lits de courte durée demeure un enjeu et il est possible que le nombre de cas en attente soit sous-estimé. Cependant, il est à noter qu'un effort régional a été fait afin de consolider le transfert de ces cas vers les lits dédiés aux soins palliatifs, ainsi qu'en soins à domicile, ce qui contribue à une amélioration des résultats qui atteignaient déjà la cible en 2011-2012.

La cible de trois personnes et moins en attente dont les soins actifs sont terminés est atteinte, à l'exception de deux clientèles, notamment : celle en attente d'une place en centre d'hébergement et de soins de longue durée (deux CHSGS) et celle en attente de réadaptation. Les résultats se situent près de l'engagement, et ce, malgré les deux périodes d'éclosion de grippe qui ont eu cours dans la région en 2012-2013.

Le taux de déclaration en hébergement à partir du CHSGS pour les personnes de 75 ans et plus a diminué au cours de l'année. De 5,89 %, en 2011-2012, il a atteint 5,45 % en 2012-2013 se rapprochant ainsi de la cible fixée de 5 %.

Commentaires (suite)	
Les mécanismes qui suivent, mis de l'avant en 2012-2013, ont permis et permettront d'améliorer davantage nos résultats au sujet de l'ensemble des indicateurs : • Plan de services intégrés (PSI) 2011-2013 à finaliser • Choix régional de développer des places d'évaluation/orientation dans la communauté • Démarche individualisée auprès des établissements en difficultés afin d'implanter des mesures temporaires d'alternative à l'hébergement institutionnel (deux CSSS)	
Noms : Caroline Charest Lucie Fournier	Date : 30 avril 2013 6 mai 2013

PRIORITÉS MINISTÉRIELLES - CHIRURGIE ET ACCÈS

Objectifs de résultats	Aucun patient en attente depuis plus d'un an

Indicateurs	Résultats 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats[1] 2012-2013
1.09.32.01 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale de la hanche	Non suivi en 2011-2012	0	0
1.09.32.02 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale du genou	Non suivi en 2011-2012	0	0
1.09.32.03 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie de la cataracte	Non suivi en 2011-2012	0	4
1.09.32.04 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie d'un jour	Non suivi en 2011-2012	0	41
1.09.32.05 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie avec hospitalisation	Non suivi en 2011-2012	0	3

Commentaires	
Bien que l'ensemble des engagements pour le nombre de demandes en attente de plus d'un an n'aient pas été atteints, notamment pour les chirurgies d'un jour, il est possible de constater une diminution importante de ce nombre depuis les dernières années. En effet, le nombre de patients en attente de plus d'un an pour une chirurgie d'un jour est passé de 191 en 2010-2011 à 96 en 2011-2012 et à 41 en 2012-2013, ce qui représente une diminution de 78,5 % en deux ans. De plus, il est important de noter que 1,3 % des chirurgies d'un jour sont en attente de plus d'un an et que 93 % sont en attente de moins de six mois en 2012-2013.	
Nom : Parmelie Demers	Date : 3 mai 2013

[1] *Résultats en date du 13 mai 2013 provenant de T-Big-Web*

AUTRES PRIORITÉS RÉGIONALES ET ATTENTES DU PDG DE L'AGENCE

Note : Plusieurs priorités régionales et attentes du PDG ont été présentées dans des fiches précédentes.

Sujets	Résultats 2012-2013
Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR)	Réalisé
L'accès aux services de santé mentale • Compléter, d'ici le 31 mars 2015, une offre de services ambulatoires de 1re, 2e et 3e ligne en santé mentale - Les services aux jeunes - Les services aux adultes - Les services tertiaires	En cours de réalisation
L'accès aux services de santé mentale • Consolidation des services (plan d'affaires) en santé mentale	En attente des orientations du MSSS
Stratégie d'action jeunesse 2009-2014 • Mise en œuvre des 5 mesures • Reddition de comptes dans le délai prescrit	Réalisé
Une passerelle vers un avenir en santé • 100 % des réfugiés arrivés, en 2012-2013, ont bénéficié d'une évaluation du bien-être et de l'état de santé physique • S'assurer que les CSSS auront débuté l'implantation des orientations ministérielles *Une passerelle pour un avenir en santé* au plus tard le 30 juin 2012	Partiellement réalisé
Répertoire des ressources • 95 % des ressources du territoire sont mises à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS) dans les délais convenus	99,9 %
Hygiène salubrité • Soutenir les établissements dans la réalisation des 4 étapes qu'ils ont à réaliser	En cours de réalisation
Stratégie québécoise d'économie d'eau potable • Compléter un état de situation et un plan d'action pour chaque établissement	En cours de réalisation
Déploiement du DSQ	En cours de réalisation
Développement du Dossier clinique informatisé (DCI)	En cours de réalisation
Développement des Dossiers médicaux électroniques (DME)	En cours de réalisation
Dans le cadre du projet de loi 133 : • L'Agence et tous les établissements ont produit les plans triennaux des projets et des activités en ressources informationnelles (PTPARI), les programmations annuelles en ressources informationnelles (PARI), les bilans annuels des réalisations en ressources informationnelles (BARRI) et l'état de santé des projets (ESP) • Dans tous les cas, les analyses, avis et synthèses (en marge des plans triennaux et annuels, des bilans ou des demandes d'approbation des projets des établissements) ont été réalisés.	Réalisé
Soutien aux organismes communautaires • Rehausser significativement le financement des organismes communautaires	Réalisé

Commentaires

Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR)
Le CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable a été un chef de file en tant que site de démonstration provincial dans le cadre de l'implantation de la phase 1 du programme en 2012-2013. La qualité et l'accès à la coloscopie dans des délais cliniquement acceptables ont été rencontrés. Un suivi est fait périodiquement avec le Ministère dans le cadre du projet en collaboration avec l'Agence. Un corridor de services temporaire a également été offert par le CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable, en collaboration avec l'Agence, afin de supporter le CSSS Alphonse-Desjardins (région 12) dans son processus d'épuration des listes d'attente en coloscopie.

Offre de services ambulatoires de 1re, 2e et 3e ligne en santé mentale
Les services aux adultes
En 2012-2013, l'Agence a investi près de 1 000 000 $ permettant l'ajout de 13 postes équivalent temps complet de ressources psychosociales (psychologue, travailleur social, psychoéducateur, ergothérapeute) afin de consolider les services d'évaluation et de traitement de 1re ligne pour les adultes ayant un trouble mental.

En 2013, le cadre de référence régional concernant les services de 1re ligne et la hiérarchisation des services en santé mentale pour la clientèle adulte a été publié. Ce document permettra d'actualiser l'offre de services régionale afin qu'elle puisse répondre de façon plus efficiente et mieux adaptée aux besoins de la population.

Au 31 mars 2013, on retrouve 40,27 ETC au niveau des services de 1re ligne d'évaluation et de traitement pour la clientèle adulte. Ce qui correspond à un ratio de 8,1 ETC / 100 000 habitants, soit 40,5 % du nombre d'ETC requis par le *Plan d'action en santé mentale du Ministère* (PASM). À terme, l'embauche des 13 ETC financés en 2012-2013 portera le ratio à 48,5 % du requis.

Au 31 mars 2011, on retrouve 45,6 ETC au niveau des services de 2e ligne d'évaluation et de traitement pour la clientèle adulte. Ce qui correspond à 9,13 ETC/100 000 habitants soit 70,2 % du nombre d'ETC requis selon le PASM.

	1re ligne (31 mars 2013)	2e ligne (31 mars 2011)
Nombre d'ETC	40,27[1]	45,6[2]
Ratio d'ETC / 100 000 habitants	8,1	9,13
% du requis	40,5 %	70,2 %

Les services aux jeunes
Pour l'année 2012-2013, on compte 27,62 ETC dans les équipes santé mentale jeunesse 1re ligne. Ce qui correspond à un ratio de 5,5 ETC /100 000 habitants, soit 91,7 % du requis. La situation est similaire au niveau des services de santé mentale jeunesse 2e ligne. En effet, au 31 mars 2011, on retrouve 19,37 ETC, soit l'équivalent de 3,91 ETC/100 000 habitants pour atteindre 87 % du requis.

	1re ligne (31 mars 2013)	2e ligne (31 mars 2011)
Nombre d'ETC	27,62[1]	19,37[2]
Ratio d'ETC / 100 000 habitants	5,5	3,91
% du requis	91,7 %	87 %

Consolidation des services (plan d'affaires) en santé mentale
Le Ministère et les agences ont convenu à la fin de l'année 2012-2013 du contenu du plan d'affaires pour l'année 2013-2014.

Stratégie d'action jeunesse 2009-2014
Afin d'accroître le nombre de jeunes du Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec (CJMCQ) bénéficiant du Programme de qualification des jeunes (PQJ), et, par le fait même, l'insertion de ces jeunes sur le marché de l'emploi, le CJMCQ a reçu un montant de 162 085 $ pour l'année 2012-2013. Cette somme a permis à 59 jeunes de participer au PQJ afin de les soutenir dans leur parcours de formation et faciliter leur passage vers l'autonomie.

[1] *Source : Formulaire 36 de GESTRED*
[2] *Sources : Formulaire 13 de GESTRED pour l'année 2010-2011 et de l'outil du MSSS fournit dans le cadre de l'inventaire de l'offre de services en santé mentale pour l'année 2011-2012.*

Commentaires (suite)

De plus, un montant de 72 107 $ a été alloué au CJMCQ pour l'année 2012-2013 afin que l'équipe multidisciplinaire de deuxième niveau en santé mentale soit maintenue. Cette mesure a permis de soutenir les intervenants et de dépister les jeunes suivis par le CJMCQ qui présentent des problèmes de santé mentale ou à risque de suicide.

Une passerelle vers un avenir en santé (bilan santé et bien-être des réfugiés)
L'arrivée de réfugiés est une responsabilité du gouvernement fédéral. Cette année, peu de personnes réfugiées ont été orientées vers notre région, ce qui explique que la cible de 265 personnes n'a pas été atteinte. Néanmoins, 112 réfugiés ont bénéficié d'une évaluation du bien-être et de l'état de santé physique.

Cette situation est préoccupante et questionne le mode prévu de financement de cette offre de services, basé sur le nombre d'évaluations réalisées pendant l'année. En effet, cela crée une pression sur la capacité des CSSS désignés à développer, mais surtout à maintenir une équipe détenant une expertise spécialisée, dans un contexte où les budgets sont très variables. Le maintien en place de professionnels spécialisés auprès des personnes réfugiées est très fragile faute de pouvoir leurs offrir un minimum d'heures garanties par semaine.

De plus, la région fait aussi face à un autre problème de taille, soit la difficulté, sinon l'impossibilité à recruter un ou des médecins intéressés à pratiquer auprès de cette clientèle. À Trois-Rivières, il n'y a actuellement aucun médecin dans l'équipe rendant très difficile l'obtention d'examens de dépistage de maladies comme la tuberculose ou encore la recherche de parasites spécifiques aux régions de provenance des réfugiés.

Toutefois, en cette première année d'implantation d'une offre de services adaptée à l'accueil des réfugiés, nous avons pu mettre en place les équipes nécessaires et les liens avec les organismes d'accueil pour pouvoir offrir, dès leur arrivée, un bilan de santé et un bilan de bien-être.

Répertoire des ressources
Dans le cadre de ses responsabilités, le Service régional info-Santé/Info-Social (SRISIS) est aussi responsable de la mise à jour régionale du *Répertoire des ressources en santé et services sociaux* depuis 2008-2009. L'objectif ministériel établit que 95 % des ressources contenues dans le répertoire doivent être mises à jour au moins une fois par année, et certaines deux fois par année. Au 31 mars 2013, 99,9 % des ressources ont été mises à jour dans les délais.

Hygiène salubrité
Les trois premières étapes sont réalisées pour quatre des cinq établissements visés. Ces trois étapes sont la désignation d'un responsable de la gestion des zones grises, la réalisation d'un relevé des équipements matériels et surfaces, et la désignation du service responsable de l'intégrité sanitaire de chaque item.

La dernière étape qui concerne la mise en place d'un registre est atteinte pour un établissement seulement sur cinq pour 2012-2013. Un processus sera établi en 2013-2014.

Stratégie québécoise d'économie d'eau potable
Nous sommes à la première année d'implantation concernant la reddition de comptes sur l'économie de l'eau potable. Tous les établissements désignés ont rempli leur questionnaire qui consiste à rencontrer divers critères essentiels d'organisation et techniques à fort potentiel d'économie.

Déploiement du DSQ
Pour notre région, le DSQ est un élément clé pour compléter l'information du dossier électronique des usagers et, plus particulièrement, le domaine de la pharmacie. Les actions entreprises :
- L'ensemble des systèmes d'imagerie médicale des établissements de la région déposent les diagnostics et les images aux domaines d'information de la radiologie du DSQ hébergés dans les RUIS de Sherbrooke et Montréal.
- Le rehaussement des systèmes locaux de laboratoire vers un système régional normalisé est en cours et est préalable au DSQ.
- Le déploiement d'index patient maître pouvant résoudre l'identité des patients avec la Régie de l'assurance maladie du Québec est en cours.

Commentaires (suite)
Un projet pilote est en cours au CSSS de l'Énergie visant à optimiser (démarche Lean) la gestion des accès aux systèmes et dotes les intervenants d'un identifiant unique conforme aux exigences du DSQ et du DCIR, de façon simple, rapide, sécuritaire et en permettant la mobilité. **Développement du Dossier clinique informatisé (DCI)** Démarche majeure suivie de près par le Comité régional des directeurs généraux et menée avec un groupe de leaders cliniques dans leurs domaines respectifs (médecins spécialistes, omnipraticiens, pharmaciens, infirmières) ainsi que d'experts reconnus par leurs pairs dans les domaines de soutien (archivistes, ressources informationnelles, gestion). Actions réalisées à ce jour : • Inventaire des besoins de circulation de l'information clinique dans la région, incluant les cliniques médicales. • Démarche publique de demande d'information (RFI) afin de valider la capacité du marché de répondre aux besoins exprimés. • Dossier d'affaires élaboré conjointement avec la région du Bas-Saint-Laurent. **Développement des Dossiers médicaux électroniques (DMÉ)** Mise en opération de la plateforme régionale d'acheminement des résultats de laboratoire et des rapports d'imagerie aux DMÉ des GMF de la région. **Soutien aux organismes communautaires** Augmentation du budget global consacré aux organismes communautaires de 1 495 816 $.
Noms : Caroline Charest (PDDCCR) — Date : 30 avril 2013 Véronique Avès (santé mentale - adultes) — 29 avril 2013 Julie Desaulniers (santé mentale - jeunes et stratégie d'action jeunesse) — 29 avril 2013 Guy Godin (réfugiés) — 3 mai 2013 Pamélie Demers (répertoire des ressources) — 5 mai 2013 Louise Trudel (hygiène/salubrité et eau potable) — 9 mai 2013 Boris Gueissaz-Teufel (DSQ, DCI, DMÉ, projet de loi 133) — 8 mai 2013 Julie Massicotte (organismes communautaires) — 29 avril 2013

AUTRES PRIORITÉS RÉGIONALES ET ATTENTES DU PDG DE L'AGENCE

Note : Plusieurs priorités régionales et attentes du PDG ont été présentées dans des fiches précédentes.

Sujets	Résultats* 2012-2013
Services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples Compléter la mise en œuvre des quatre mesures instituées dans le *Complément aux orientations régionales concernant les services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples* : • Création d'un centre d'expertise et de formation sur les troubles de comportement • Mise sur pied d'une ressource de transition d'évaluation et d'intervention intensive pour la clientèle DI-TED avec troubles graves du comportement (TGC) • Organisation d'un service d'hospitalisation et d'hébergement sécuritaires • Organisation d'un service d'évaluation externe	2/4 mesures

* *Résultats en date du 31 mars 2013.*

Commentaires

Le CSSS de l'Énergie et le CHDITED MCQ–IU ont été mandatés par l'Agence pour mettre en œuvre les mesures ci-haut mentionnées. Au 31 mars 2013, deux des quatre mesures sont opérationnelles. Il s'agit de la ressource de transition offrant un service d'évaluation et d'intervention intensive pour la clientèle DI-TED présentant des troubles graves du comportement, et du centre d'expertise et de formation sur les troubles du comportement (sur la base d'une expérimentation pilote). Ces deux mesures sont coordonnées par le CHDITED MCQ–IU. Néanmoins, il importe de préciser que la contribution de l'ensemble des établissements de la région est nécessaire pour assurer le succès de l'implantation des mesures prévues.

Le leadership assumé par l'Agence dans la mise en œuvre du complément aux orientations régionales se traduit par la coordination des travaux entourant l'implantation des mesures. Plus précisément, l'Agence coordonne les travaux d'un comité de pilotage stratégique, d'un comité de suivi à l'implantation et de groupes de travail associés. Cette implication permet d'assurer la liaison et l'harmonisation des actions dans une perspective régionale. De plus, en collaboration avec les établissements de la région, l'Agence a assuré le soutien et le suivi de la mise en place d'expériences pilotes auprès de six usagers présentant des problématiques multiples. Les objectifs visés étaient : l'amélioration de la condition des usagers, le développement des apprentissages des équipes cliniques et l'amélioration de l'organisation de nos services, notamment en ajustant le protocole d'arrimage quant au partage global de l'offre de services concernant la clientèle présentant des problématiques multiples, et les outils cliniques développés.

À l'heure actuelle, les constats cliniques et organisationnels dégagés de l'expérimentation sont probants et permettent de mettre en lumière les arrimages nécessaires favorisant l'accès aux services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples. Néanmoins, l'avancement de ce dossier demeure complexe et appelle à un leadership transformationnel de la part de l'Agence, des décideurs régionaux et du corps médical.

Nom : Isabelle Moreau	Date : 1er mai 2013

AUTRES PRIORITÉS RÉGIONALES ET ATTENTES DU PDG DE L'AGENCE

Note : Plusieurs priorités régionales et attentes du PDG ont été présentées dans des fiches précédentes.

La promotion, la prévention et la protection de la santé publique

Sujets		Résultats 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats[1] 2012-2013
1.01.12	Femmes ayant accouché dans l'année de référence et suivies dans les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)	94,7 %	90 %	92,7 %
Enfants recevant en CSSS (mission CLSC) leur première dose de vaccins dans les délais convenus :				
1.01.14	Contre le DCat-Polio-Hib	81,0 %	85 %	85,2 %
1.01.15	Contre le méningocoque de sérogroupe C	64,0 %	80 %	66,3 %
1.01.16.01	Contre la rougeole, la rubéole et les oreillons	63,0 %	80 %	65,8 %

[1] Résultats en date du 31 mars 2013

Commentaires
Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) Cet indicateur devrait être pris à titre indicatif seulement, car plusieurs mises en garde doivent être considérées. D'abord, le numérateur de cet indicateur représente les mères ayant accouché au cours de l'année de référence et suivies dans les SIPPE alors que le dénominateur de cet indicateur, qui représente le nombre de femmes ayant accouché dans l'année de référence et devant être suivies dans les SIPPE, est tiré de projections. De plus, le dénominateur ne tient compte que des mères ayant moins de onze ans de scolarité alors que les mères visées par le programme sont celles vivant en situation d'extrême pauvreté (femmes ayant moins de onze ans de scolarité et considération du revenu). L'objectif de 90 % a été atteint. **Vaccination** La vaccination en milieu rural (près du milieu de vie) par les CSSS est une mesure efficace pour favoriser la vaccination et augmenter les couvertures vaccinales. Toutefois, avec la mise en place de points de services multiples et distants, le respect du délai de 14 jours s'avère difficile. Une révision de l'organisation des services est nécessaire pour atteindre cet objectif, ce qui est visé par le projet régional OVQ (organisation de la vaccination au Québec) qui débute. Il s'agit d'un projet parrainé par l'INSPQ et le MSSS sur l'organisation des services de vaccination dans la région Mauricie et Centre du Québec. Le projet a débuté en février 2013 et se terminera à la fin de 2014. Les trois objectifs principaux sont : • Réaliser le portrait de l'organisation des services de vaccination 0-5 ans; • Jeter les bases du modèle optimal d'organisation des services de vaccination 0-5 ans; • Expérimenter le ou les modèles optimaux d'organisation de services de vaccination 0-5 ans.
Noms : Denise Gendron (SIPPE) Fernand Guillemette (vaccination)	Date : 8 mai 2013 6 mai 2013

ANNEXE A : CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE APPLICABLE AUX MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC

Adopté par le conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec lors de son assemblée du 18 juin 2003.

SECTION 1 - PRÉAMBULE

Le présent code d'éthique et de déontologie s'applique aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux.

Il se veut respectueux des principes et règles édictés par le Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics décrété en vertu de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif, ainsi que des dispositions pertinentes de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Le code doit informer les membres du conseil des obligations prévues aux différentes lois et règlements. Cette contrainte impose un certain calque de ces dispositions incontournables tout en les explicitant et illustrant en fonction du contexte de la mission de l'Agence de la santé et des services sociaux et des fonctions de ses administrateurs.
Les administrateurs placés devant un dilemme d'éthique peuvent bénéficier d'un service de support-conseil auprès du répondant de l'Agence de la santé et des services sociaux sur ces questions.

SECTION 2 - BUT, OBJET ET CHAMP D'APPLICATION

2.1 Le présent code a pour but de préserver et renforcer la confiance des citoyennes et citoyens des régions du Centre-du-Québec et de la Mauricie dans l'intégrité et l'impartialité des membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux, de favoriser la transparence, de responsabiliser les administrateurs, ainsi que de maintenir un haut niveau de qualité des services de santé et des services sociaux.

2.2 Conformément à l'article 35 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics, le présent code établit les principes d'éthique et les règles de déontologie applicables aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux.

2.3 Les principes d'éthique, devant servir de guide aux administrateurs afin de les aider à juger de la justesse de leurs comportements dans l'exercice de leur fonction, tiennent compte de la mission de l'Agence de la santé et des services sociaux, des valeurs qui sous-tendent son action ainsi que de ses principes généraux de gestion.

2.4 Les règles de déontologie font état des devoirs, obligations et responsabilités des administrateurs.

SECTION 3 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

3.1 Les administrateurs, selon les statuts qui leurs sont propres, doivent dans l'exercice de leurs fonctions, respecter l'ensemble des principes d'éthique et des règles de déontologie qui leur sont applicables selon ces différents statuts.

3.2 En cas de divergence entre le présent code et les dispositions de la loi, du règlement ou d'autres codes d'éthique et de déontologie applicables à l'administrateur, les règles et les principes les plus exigeants s'appliquent. En cas de doute, l'administrateur doit agir selon l'esprit de ces principes et règles.
3.3 L'administrateur ne peut se soustraire, même indirectement, à une obligation ou à un devoir contenu dans le présent code.
3.4 L'administrateur qui, à la demande de l'Agence de la santé et des services sociaux, exerce des fonctions d'administrateur dans un autre organisme ou entreprise, ou en est membre, est tenu aux mêmes obligations.
3.5 La présidence du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux doit s'assurer du respect des principes d'éthique et des règles de déontologie par les membres du conseil.
3.6 L'Agence de la santé et des services sociaux doit prendre les mesures nécessaires pour assurer la confidentialité des informations fournies par les administrateurs en application du présent code.

SECTION 4 - PRINCIPES D'ÉTHIQUE

4.1 L'administrateur est désigné pour contribuer, dans le cadre de son mandat, à la réalisation de la mission de l'Agence de la santé et des services sociaux et, le cas échéant, à la bonne administration de ses biens.
4.2 L'administrateur agit dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés et dans le respect du droit, avec soin, prudence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable.
4.3 La contribution de l'administrateur se fait avec honnêteté, loyauté, diligence, efficacité, assiduité et équité, dans l'intérêt de l'Agence de la santé et des services sociaux et de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec.
4.4 L'administrateur fait fi de toute pression ou influence indue dans l'exercice de ses fonctions.
4.5 L'administrateur témoigne d'un constant souci du respect du droit des personnes aux services de santé et aux services sociaux.
4.6 L'administrateur centre ses décisions et ses actions sur les besoins de santé et de bien-être de l'ensemble de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec.
4.7 L'administrateur veille à ce que l'organisation et la gestion du système régional de santé et de services sociaux assurent des services accessibles, intégrés et de qualité, tout en tenant compte des particularités régionales et des ressources disponibles, le tout en fonction des politiques et orientations gouvernementales.
4.8 L'administrateur reconnaît que le fait d'être membre du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux ne donne aucun pouvoir ou privilège quant aux services de santé et services sociaux auxquels une personne a droit. Il ne peut laisser entendre le contraire.
4.9 L'administrateur s'abstient de toute forme de discrimination.

SECTION 5 - RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

A) RELATIVES AUX TRAVAUX ET RÉUNIONS DU CONSEIL

L'administrateur doit :

5.1 Se préparer adéquatement et s'assurer de bien comprendre la portée des décisions à prendre.
5.2 S'assurer que les données pertinentes et les enjeux reliés à la prise de décision lui sont fournis.
5.3 S'assurer qu'il dispose de l'espace réflexif requis à l'égard des enjeux en cause.
5.4 S'assurer d'un suivi des décisions du conseil.
5.5 Se contraindre à la discrétion sur ce dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions.
5.6 Respecter à tout moment le caractère confidentiel des débats, échanges et discussions, ainsi que celui des informations écrites et verbales reçues.
5.7 Assister aux réunions du conseil et signifier son absence en cas d'empêchement.
5.8 Respecter les règles régissant la procédure des réunions du conseil, reconnaître l'autorité de la présidence et la souveraineté de l'assemblée.

5.9 Participer aux travaux dans un esprit de concertation, poser, le cas échéant, les questions nécessaires à sa bonne compréhension, exprimer son opinion, chercher à influencer et accepter d'être influencé par l'opinion de ses collègues.
5.10 Conserver une attitude de respect et de dignité face aux différents publics.
5.11 Préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction.
5.12 Traiter toute personne avec courtoisie et respect.
5.13 Ne jamais porter atteinte à la vie privée d'une personne.
5.14 Éviter de tenir des propos susceptibles d'entacher la réputation d'une personne.
5.15 Être loyal et honnête envers ses collègues et le personnel de l'Agence de la santé et des services sociaux et maintenir des relations empreintes de bonne foi. En conséquence :

- respecter leurs droits et privilèges;
- reconnaître leur probité;
- ne jamais se rendre coupable envers eux d'un abus de confiance et de procédés déloyaux;
- demander le huis clos avant d'exprimer un doute sur leur intégrité et bonne foi.

5.16 Attendre le moment du débat pour exprimer son opinion.
5.17 Voter lorsque requis ou signifier son abstention.
5.18 Éviter de se substituer aux porte-parole officiels de l'Agence de la santé et des services sociaux et transmettre fidèlement, le cas échéant, les orientations générales de l'Agence et s'abstenir de tout commentaire susceptible de porter atteinte à sa réputation.

B) RELATIVES À LA PARTISANERIE

5.19 L'administrateur doit prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisanes.
5.20 La présidence et la présidence-direction générale doivent faire preuve de réserve dans la manifestation publique de leurs opinions politiques.
5.21 L'administrateur qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le président.
5.22 La présidence et la présidence-direction générale doivent informer le secrétaire général du conseil exécutif de leur intention de présenter leur candidature à une charge publique élective.
5.23 La présidence et la présidence-direction générale doivent se démettre de leurs fonctions s'ils veulent se porter candidat à une charge publique élective.

C) RELATIVES AUX CONFLITS D'INTÉRÊTS

L'administrateur doit :
5.24 Faire preuve d'indépendance, agir à titre personnel, et ne représenter d'aucune façon les intérêts particuliers des personnes, groupes, organismes, associations ou territoires desquels il est issu. L'administrateur n'est pas en conflit d'intérêts du seul fait qu'il provient d'un milieu, d'un secteur ou d'un organisme ayant proposé sa candidature pour fin de désignation au conseil.
5.25 Dénoncer par écrit au président du conseil tout intérêt, direct ou indirect, actuel ou éventuel, dans un organisme, une entreprise ou une association qui met ou pourrait mettre en conflit son intérêt personnel et celui de l'Agence de la santé et des services sociaux.
5.26 S'abstenir, le cas échéant, de siéger et de participer à toute délibération ou décision portant sur l'organisme, l'entreprise ou l'association dans lequel il a un intérêt personnel et se retirer pour la durée des délibérations et du vote relatif à cette question. Conformément à l'article 5.24 du présent code, l'administrateur n'est pas en conflit d'intérêts du seul fait que le proposeur de sa candidature soit concerné par la question.
5.27 S'abstenir, dans le cas de la présidence-direction générale, d'avoir un intérêt direct ou indirect mettant en conflit son intérêt personnel et celui de l'Agence de la santé et des services sociaux et, si un tel intérêt lui échoit par succession ou donation, y renoncer ou en disposer avec diligence.
5.28 Organiser ses affaires personnelles de telle sorte qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions.
5.29 Dissocier de l'exercice de ses fonctions, la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires.
5.30 Éviter de se placer dans une situation de conflit entre son intérêt personnel et les obligations de ses fonctions.
5.31 S'abstenir d'utiliser à son profit ou au profit de tiers l'information obtenue dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions.

5.32 S'abstenir ni tenter de prendre connaissance d'une information confidentielle de l'Agence de la santé et des services sociaux qui n'est pas requise dans l'exercice de ses fonctions.
5.33 Éviter de confondre les biens de l'Agence de la santé et des services sociaux avec les siens et de les utiliser à son profit ou au profit de tiers.
5.34 Refuser toute rémunération ou indemnisation non prévue pour l'exercice de ses fonctions au sein du conseil.
5.35 Refuser tout cadeau, marque d'hospitalité ou autre avantage qui ne serait pas d'usage et d'une valeur modeste. Tout autre cadeau, marque d'hospitalité ou autre avantage reçu doit être retourné au donateur ou à l'État.
5.36 S'abstenir d'accorder, solliciter, exiger ou accepter, directement ou indirectement, une faveur, un avantage ou considération indue pour lui-même ou pour un tiers.
5.37 Éviter, dans la prise de ses décisions, de se laisser influencer par des offres d'emploi.

D) RELATIVES À L'APRÈS-MANDAT

L'administrateur qui a cessé d'exercer ses fonctions doit :

5.38 Se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus de ses fonctions antérieures au sein du conseil de l'Agence de la santé et des services sociaux.
5.39 Respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration.
5.40 S'abstenir de donner à quiconque des conseils fondés sur de l'information non disponible au public concernant l'Agence de la santé et des services sociaux, un établissement ou un autre organisme ou entreprise avec lequel il avait des rapports directs importants au cours de l'année qui a précédé la fin de son mandat.
5.41 S'abstenir, dans l'année qui suit la fin de son mandat, d'agir au nom ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'Agence de la santé et des services sociaux fait partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.

SECTION 6 - PROCESSUS D'EXAMEN ET DE SANCTIONS

6.1 Tout manquement ou omission concernant un devoir ou toute autre disposition prévue par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut être sanctionné.
6.2 Tout administrateur qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir au présent code doit en saisir le président du conseil ou le vice-président, si le président est en cause.
6.3 Si le président du conseil, ou le vice-président, arrive à la conclusion qu'il y a eu manquement ou omission, il doit en informer sans délai le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif qui agit alors conformément aux articles du chapitre du Règlement relatif au processus disciplinaire.
6.4 La sanction peut consister en une réprimande, une suspension d'une durée maximale de trois mois ou la révocation.
6.5 L'administrateur éventuellement informé qu'une enquête est tenue à son sujet doit s'abstenir de communiquer, directement ou indirectement, avec la personne qui aurait demandé la tenue de l'enquête.
6.6 L'administrateur à qui l'on reproche un manquement à l'éthique ou à la déontologie peut être relevé provisoirement de ses fonctions par l'autorité compétente, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans le cas présumé de faute grave.
6.7 L'administrateur qui reçoit un avantage à la suite d'un manquement au présent code est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu.

SECTION 7 - IMMUNITÉ

Ne peuvent être poursuivies en justice, en raison d'actes accomplis de bonne foi, les personnes qui dénoncent un manquement ou une omission relative au présent code.

SECTION 8 - DIFFUSION DU CODE ET INFORMATION DU PUBLIC

8.1 L'Agence de la santé et des services sociaux doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration à toute personne qui en fait la demande.

8.2 L'Agence de la santé et des services sociaux doit publier dans son rapport annuel le code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration.

8.3 Le rapport annuel de gestion de l'Agence de la santé et des services sociaux doit faire état pour l'année écoulée :

- du nombre de cas traités et de leur suivi;
- du nombre et de la nature des manquements constatés;
- des décisions et sanctions imposées;
- du nom des administrateurs révoqués ou suspendus.

SECTION 9 - MÉCANISME D'APPLICATION DU CODE

9.1 L'Agence de la santé et des services sociaux doit fournir un exemplaire du code d'éthique et de déontologie à chacun des membres du conseil d'administration et lui en expliquer la teneur.

9.2 Dès son entrée en fonction, tout membre du conseil doit s'engager à respecter le présent code et signer à cet effet l'annexe A.

9.3 Dès son entrée en fonction, tout membre du conseil doit remplir, signer et remettre la déclaration d'intérêt et doit amender cette déclaration dès qu'il connaît un élément nouveau qui devrait s'y ajouter.

SECTION 10 - MODALITÉS TRANSITOIRES

Dans les trente jours de l'adoption du présent code, les membres du conseil d'administration doivent remplir et signer l'ensemble des annexes prévues.

UNIS
dans TOUS les
SENS

CENTRE ADMINISTRATIF
550, rue Bonaventure, Trois-Rivières (Québec) G9A 2B5
Téléphone : 819 693-3636 | Télécopieur : 819 373-1627

BUREAU
350, rue St-Jean, Drummondville (Québec) J2B 5L4
Téléphone : 819 477-6221 | Télécopieur : 819 477-9443

www.agencesss04.qc.ca

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Mauricie
et du Centre-du-Québec
Québec